

## **INFORMATION TO USERS**

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

**The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.** Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps. Each original is also photographed in one exposure and is included in reduced form at the back of the book.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**UMI<sup>®</sup>**

**Bell & Howell Information and Learning  
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA  
800-521-0600**

**Université de Sherbrooke**

**PERCEPTIONS DES PARENTS PRIMIPARES DE LEURS BESOINS  
DANS LE CADRE D'UN COURT SÉJOUR HOSPITALIER**

**Par  
Marie Fortier**

**Mémoire présenté à la Faculté de médecine  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences  
en Sciences cliniques (sciences infirmières)**

**Juin 1998**

**© M. Fortier, 1998**



**National Library  
of Canada**

**Acquisitions and  
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada**

**Bibliothèque nationale  
du Canada**

**Acquisitions et  
services bibliographiques**

**395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada**

*Your file Votre référence*

*Our file Notre référence*

**The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.**

**The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.**

**L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.**

**L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.**

**0-612-40582-6**

*Je dédie cet ouvrage  
aux amours de ma vie :*

*Mon père, défunt,  
Ma mère, mon soutien,  
Mon conjoint, mon complice*

*Annabelle et William  
Mes soleils et mon réconfort !*

## TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	vi
LISTE DES GRAPHIQUES .....	vii
RÉSUMÉ .....	viii
REMERCIEMENTS .....	ix
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE .....	4
1.1 Contexte de l'étude .....	8
1.2 But de l'étude .....	9
1.3 Pertinence de l'étude .....	9
1.3.1 Pertinence sociale .....	10
1.3.2 Pertinence scientifique .....	10
1.3.3 Pertinence pour la pratique en soins infirmiers .....	12
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS .....	15
2.1 Définition : concept besoin .....	16
2.2 Besoins liés au devenir parents .....	17
2.2.1 Devenir mère .....	20
2.2.1.1 Cadre théorique de Rubin .....	22
2.2.2 Devenir père .....	34
2.3 Résumé de la recension des écrits .....	41
CHAPITRE III : MÉTHODE DE LA RECHERCHE .....	42
3.1 Devis de la recherche .....	43
3.2 Définition des termes .....	45
3.2.1 Besoin .....	45
3.2.2 Primiparité .....	45
3.2.3 Court séjour hospitalier .....	45

3.3	Participants et participantes à l'étude .....	46
3.3.1	Échantillon .....	46
3.3.2	Critères d'inclusion .....	46
3.3.2.1	Critères en prénatal .....	46
3.3.2.2	Critères en postnatal .....	47
3.3.3	Critères d'exclusion .....	47
3.3.4	Recrutement .....	47
3.3.4.1	Sélection en prénatal .....	47
3.3.4.2	Sélection en postnatal .....	49
3.4	Collecte des données .....	49
3.4.1	Déroulement de la collecte des données .....	50
3.4.1.1	Déroulement de la collecte des données à l'hôpital .....	50
3.4.1.2	Déroulement de la collecte des données à domicile .....	51
3.4.2	Instruments de la collecte des données .....	52
3.4.2.1	Fiche de données sociodémographiques .....	52
3.4.2.2	Guide d'entrevue .....	53
3.4.2.3	Journal de bord .....	56
3.4.3	Considérations éthiques .....	57
3.5	Traitement et analyse des données .....	58
3.5.1	Analyse qualitative de contenu .....	59
3.5.2	Analyse statistique descriptive .....	68
3.6	Critères de scientificité .....	69
3.6.1	Crédibilité .....	70
3.6.2	Transférabilité .....	70
3.6.3	Fiabilité .....	71
3.6.4	Fidélité .....	72

<b>CHAPITRE IV : RÉSULTATS ET DISCUSSION</b> .....	<b>73</b>
<b>4.1 Profil des participantes et participants</b> .....	<b>75</b>
4.1.1 Caractéristiques des participantes et participants .....	76
4.1.2 Caractéristiques des non participantes et non participants .....	77
4.1.3 Caractéristiques liées au travail et à l'accouchement des participantes .....	78
<b>4.2 Analyse qualitative de contenu des entrevues et des journaux de bord portant sur les besoins des parents primipares</b> .....	<b>80</b>
4.2.1 Résultats de l'analyse catégorielle de contenu de la rubrique I : besoins physiques .	83
4.2.1.1 Analyse statistique descriptive des besoins physiques des mères et des pères .....	91
4.2.1.2 Discussion sur les besoins physiques des mères et des pères .....	94
4.2.2 Résultats de l'analyse catégorielle de contenu de la rubrique II : besoins psychologiques .....	100
4.2.2.1 Analyse statistique descriptive des besoins psychologiques des mères et des pères .....	113
4.2.2.2 Discussion sur les besoins psychologiques des mères et des pères .....	116
4.2.3 Résultats de l'analyse catégorielle de contenu de la rubrique III : besoin d'un réseau de soutien .....	128
4.2.3.1 Analyse statistique descriptive des besoins d'un réseau de soutien des mères et des pères .....	134
4.2.3.2 Discussion sur le besoin d'un réseau de soutien des mères et des pères .....	136
4.2.4 Synthèse des résultats de l'analyse qualitative de contenu et de l'analyse descriptive .....	143
4.2.4.1 Besoins exprimés à l'hôpital par les mères et les pères .....	146
4.2.4.2 Besoins exprimés à domicile par les mères et les pères .....	147
<b>4.3 Éléments ressortant de l'entrevue-synthèse à domicile</b> .....	<b>150</b>
<b>4.4 Forces et limites de l'étude</b> .....	<b>153</b>





## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABLEAU I</b>	<b>:</b>	<b>Caractéristiques des participantes et participants .....</b>	<b>76</b>
<b>TABLEAU II</b>	<b>:</b>	<b>Caractéristiques liées au travail et à l'accouchement des participantes .....</b>	<b>78</b>
<b>TABLEAU III</b>	<b>:</b>	<b>Résultats de l'analyse qualitative de contenu .....</b>	<b>82</b>
<b>TABLEAU IV</b>	<b>:</b>	<b>Rubrique I : Besoins physiques ; catégories et sous-catégories .....</b>	<b>83</b>
<b>TABLEAU V</b>	<b>:</b>	<b>Besoins physiques prioritaires des mères et des pères .....</b>	<b>95</b>
<b>TABLEAU VI</b>	<b>:</b>	<b>Rubrique II : Besoins psychologiques ; catégories et sous-catégories ..</b>	<b>101</b>
<b>TABLEAU VII</b>	<b>:</b>	<b>Besoins psychologiques prioritaires des mères et des pères .....</b>	<b>117</b>
<b>TABLEAU VIII</b>	<b>:</b>	<b>Rubrique III : Besoins d'un réseau de soutien ; catégories et sous-catégories .....</b>	<b>129</b>
<b>TABLEAU IX</b>	<b>:</b>	<b>Besoins prioritaires des mères et des pères en ce qui a trait au réseau de soutien .....</b>	<b>137</b>

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

<b>GRAPHIQUE 1</b>	<b>:</b>	<b>Fréquence d'expression des besoins physiques chez les mères et les pères .....</b>	<b>93</b>
<b>GRAPHIQUE 2</b>	<b>:</b>	<b>Fréquence d'expression des besoins psychologiques chez les mères et les pères .....</b>	<b>115</b>
<b>GRAPHIQUE 3</b>	<b>:</b>	<b>Fréquence d'expression du besoin d'un réseau de soutien chez les mères et les pères .....</b>	<b>135</b>
<b>GRAPHIQUE 4</b>	<b>:</b>	<b>Profil des besoins physiques, psychologiques et de soutien des 7 mères et des 7 pères à l'hôpital .....</b>	<b>145</b>
<b>GRAPHIQUE 5</b>	<b>:</b>	<b>Profil des besoins physiques, psychologiques et de soutien des mères et des pères à domicile durant les cinq premiers jours du retour à la maison .....</b>	<b>148</b>

## **RÉSUMÉ**

### **PERCEPTIONS DES PARENTS PRIMIPARES DE LEURS BESOINS DANS LE CADRE D'UN COURT SÉJOUR HOSPITALIER**

**Université de Sherbrooke**

**Marie Fortier**

**Juin 1998**

Avoir un bébé représente un événement majeur et marquant dans la vie d'un individu. Les parents primipares sont particulièrement touchés par cette transition au rôle de parents puisqu'ils ne peuvent se référer à aucune expérience antérieure pouvant faciliter leur adaptation. Des ajustements sont nécessaires et des besoins variés se font sentir. La période postnatale constitue, en ce sens, une période vulnérable et déterminante pour les parents dans l'établissement d'un lien d'attachement avec leur enfant. La recension des écrits a permis de ressortir certains besoins des mères en postnatal mais jamais de façon précise et complète. Les besoins des pères sont, pour leur part, très peu identifiés dans la littérature et encore moins en postnatal immédiat. En fait, on connaît peu et mal les besoins des nouveaux parents dans un contexte traditionnel de soins et depuis que les centres hospitaliers ont diminué le temps de séjour, on connaît encore moins la perception de leurs besoins. Cette recherche vise à identifier les perceptions qu'ont les parents primipares de leurs besoins en postpartum immédiat dans le contexte d'un court séjour hospitalier (24 à 48 heures). Un devis qualitatif exploratoire a été retenu pour mieux comprendre la perception qu'ont 7 mères primipares et leurs conjoints de leurs besoins dans la première semaine postnatale. Témoignent de leurs besoins les données recueillies à l'hôpital lors d'une entrevue semi-dirigée ainsi que le contenu des journaux de bord que les parents avaient à rédiger durant les 5 jours suivant le retour à la maison. Ces données ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu à partir du modèle de classification mixte de L'Écuyer. Les résultats obtenus font état d'un grand nombre de besoins physiques, psychologiques et de soutien chez les mères et les pères à l'étude. Ces besoins sont regroupés dans une grille de catégorisation comprenant 3 rubriques, 8 catégories et 28 sous-catégories. Des analyses statistiques descriptives ont aussi été faites afin d'illustrer les caractéristiques sociodémographiques des sujets et de permettre une représentation graphique de l'importance accordée par les parents à chacun de leurs besoins. Ces deux types d'analyse des données ont permis d'élargir l'interprétation des résultats et d'enrichir la réflexion en lien avec les écrits antérieurs sur le sujet. Des avenues de recherche en sciences infirmières ont été proposées ainsi que des recommandations pour la pratique.

## **REMERCIEMENTS**

Toute cette aventure a débuté par une préoccupation que je ressentais face au vécu des nouveaux parents dans un contexte de soins en changement. Bien loin de me douter de ce qui allait m'arriver, je me suis embarquée corps et âme dans la réalisation de ce projet. Après coup, je peux dire que ma crédulité m'a bien servi pour me rendre à bon port.

Accomplir un tel travail demande beaucoup d'efforts, d'énergie et de concessions. L'aide que j'ai reçue de plusieurs personnes a contribué, de toutes sortes de façons, à alléger le fardeau de certaines tâches et mérite des remerciements officiels.

Je veux remercier *«mes deux Denise»*, Denise St-Cyr Tribble et Denise Paul, mes directrices, qui ont suivi les flots et la marée montante et descendante de mon vécu en joie mais aussi en découragement. Sans elles, je n'aurais pu y arriver. Merci....

Je partage cette grande réalisation de tout coeur avec mon mari, mon conjoint et mon ami. Cette recherche m'a démontré comment il était un père exceptionnel pour nos enfants. Merci....

Annabelle et William, merci d'être là, votre présence a donné un sens au parcours. Merci...

Je tiens également à souligner le travail de traitement de texte et de mise en page de Sylvie Mercier. Son sourire, sa joie de vivre, sa disponibilité et son professionnalisme sont dignes de reconnaissance. Merci....

Aussi, un merci à Linda pour sa persévérance et le temps qu'elle a accordé à élaborer les graphiques contenus dans cet ouvrage. Merci...

Merci à ma mère, Gertrude qui s'est inquiétée pour moi, qui m'a fourni de la sauce à spaghetti (Ah ! Ah !) et qui m'a comblée de son amour. Merci...

À tous les membres de ma famille et à mes amies et amis qui m'ont soutenue et encouragée.  
Merci...

## **INTRODUCTION**

Devenir parents signifie, certes, un changement important dans la vie d'un couple. En effet, l'arrivée d'un premier bébé place les parents devant l'inconnu en raison de leur inexpérience (Rocheleau, Séguin, Cournoyer et Chamberland, 1989). Des ajustements sont essentiels et divers besoins peuvent se faire sentir. Les écrits scientifiques sur les besoins des parents ne fournissent pas un portrait à la fois précis et complet des besoins des mères et des pères à la période postnatale immédiate, dans le cadre d'un court séjour hospitalier (Pridham, 1997; Mercer, 1995).

Cette étude qualitative a pour objet d'identifier la perception respective de mères primipares et de leurs conjoints de leurs besoins en postpartum immédiat lors d'un court séjour hospitalier (24 à 48 heures). La connaissance de ces besoins permettra une pratique de soins mieux orientée vers les priorité qui émanent du vécu de ces parents..

Nous décrivons dans le premier chapitre la problématique entourant les besoins des parents primipares dans un système de soins en pleine restructuration. L'objectif de cette recherche ainsi que sa pertinence sociale, scientifique et clinique y sont aussi abordés.

Dans le deuxième chapitre, nous présentons plusieurs études en lien direct avec le vécu des mères et des pères lors de la transition au parentage. Celles-ci contribuent, chacune à leur façon, à clarifier le phénomène d'être parent.

Au chapitre trois, nous nous attardons à décrire l'approche méthodologique lors de cette



étude. Y sont décrits le devis de la recherche, la définition des termes, les participantes et participants à l'étude, le déroulement de la collecte des données, les considérations éthiques et finalement l'analyse des données proprement dite.

Le quatrième et dernier chapitre présente dans un premier temps, les résultats de cette étude en les discutant simultanément au regard des écrits antérieurs sur le sujet. La dernière partie identifie les forces et limites de la présente étude. La conclusion nous permet d'explicitier les recommandations pour la recherche et pour la pratique en sciences infirmières.

---

*Chapitre I*

***PROBLÉMATIQUE***

---

Devenir parents est un événement majeur dans la vie d'un individu (Dorman et Klein, 1986) et une profonde expérience pour un couple (Hung, Chung et Chang, 1996).

Pendant longtemps, plusieurs auteurs considéraient la naissance d'un premier bébé comme un moment de crise pour la mère et le couple (Dyers, 1963; LeMasters, 1957; Russel, 1974). Aujourd'hui, le discours social se veut plus positif et reconnaît en cette transition, une phase de développement normale de la vie adulte (Rocheleau et al., 1989; Vehvilainen, 1995). Plusieurs auteurs s'entendent de plus pour dire que le passage à la parentalité exige un ajustement du couple et une adaptation des plus importantes des individus à l'identité de mère et de père, sans toutefois qu'il s'agisse d'une crise au sens péjoratif du terme (Fichardt, Wyk, Van et Weich, 1994; Rubin, 1984; Santé Canada, 1995; Smith-Hanhanan, 1995; Stainton, NyBerg, Nurphy, Miller, Higgins et Harrison, 1996; Walker, 1992).

Avec la venue d'un premier bébé naît «la famille». Cette étape demande une réorganisation des rôles, du temps et des activités (Conseil de la famille, 1996; Deimer, 1997). Les conjoints doivent s'ajuster à leur rôle respectif de parents et l'intégrer à leur rôle de conjoints et d'amants tout en apprenant graduellement à connaître leur nouveau-né (Starn, 1993). Ces changements occasionnent des stress pour la famille nouvellement formée (Deimer, 1997; Hung et al., 1996; Lugina et Sommerfeld, 1994; Mercer, Ferketich et DeJoseph, 1993; Séguin, St-Denis, Loiselle et Potvin, 1993) et de nouveaux besoins à combler afin de garder son équilibre (Keppler, 1995; MSSS, 1993).

Pour la mère, la période postnatale ne représente pas simplement le retour à sa capacité et son intégrité physique mais aussi l'acquisition de nouvelles attitudes, croyances, responsabilités et relations qui gravitent autour de l'enfant (Mercer et Ferketich, 1995; Pridham, 1997; Ruchala et Halstead, 1994). Des changements concernant son identité de femme, d'épouse et de mère sont prévisibles (McVeigh, 1997; Mercer et Ferketich, 1995). La mère primipare est particulièrement touchée par cette étape puisqu'elle a souvent peu d'expérience antérieure lui permettant de s'adapter à sa nouvelle situation (Barclay, Everett, Rogan, Schmied et Willie, 1997; Mercer et Ferketich, 1995; Pridham, 1997, Rubin, 1984). Cela explique peut-être en partie, pourquoi les mères primipares se sentent moins compétentes (Bailey, Maceyewski et Koren, 1993; Mercer et Ferketich, 1995; Ruchala et Halstead, 1994), ont moins confiance en elles (Mercer et Ferketich, 1995; Lugina et Sommerfeld, 1994; McVeigh, 1997), vivent plus de stress (McVeigh, 1997; Mercer et Ferketich, 1995; Lugina et Sommerfeld, 1994; Wotton, 1992), ont plus de besoins (Lugina et Sommerfeld, 1993; Pridham, 1997), expriment plus d'inquiétudes (Mercer et Ferketich, 1995) et de questions durant cette étape de transition (Bailey et al., 1993; Romito et Zalateo, 1992).

Le nouveau père vit de façon individuelle la parentalité (Conseil de la famille, 1996). Les écrits de la dernière décennie montrent bien une augmentation de l'attention portée par les chercheurs au rôle paternel dans tout le processus de l'enfantement (Broué et Rondeau, 1995; Fishbein, 1984). Les nouvelles tendances sociales encouragent une implication plus grande des pères lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (Hall, 1994; Hanvey, 1990). Toutefois, la société n'a pas établi de balises claires sur l'engagement et la

participation attendus des pères dans la famille (Broué et Rondeau, 1997; Fisher, 1996; Tiedje et Darling-Fisher, 1996), ce qui les place dans une situation ambiguë : être un père impliqué mais dans un rôle qui demeure toujours teinté de valeurs traditionnelles (DSC, CHUS 1992; Hall, 1994). Cela explique entre autres pourquoi les hommes sont tiraillés entre le modèle patriarcal de père pourvoyeur et agent de socialisation et l'image culturelle plus actuelle d'un père investi affectivement auprès de ses enfants (Anderson, 1996; Hall, 1994; Tiedje et Darling-Fisher, 1996). C'est dire que la valeur sociale du devenir père a changé plus vite que le comportement attendu (Rustia et Abbott, 1993; Tiedje et Darling-Fisher, 1996).

Tout comme la mère, le père primipare novice et inexpérimenté voit sa vie se transformer soudainement avec la venue de son enfant (Fishbein, 1984; Tiller, 1995). Devant de nouvelles responsabilités, le père peut ressentir du stress, de l'anxiété face à son manque d'expérience et au peu de modèles susceptibles de faciliter son apprentissage. De ce fait, il peut se sentir incompetent dans ses fonctions et manquer de confiance en ses capacités à prodiguer des soins à son enfant (Broué et Rondeau, 1997; Mercer et Ferketich, 1995; Starn, 1993). De nouveaux besoins peuvent alors émerger chez le père qui s'efforce de combler ses manques (Anderson, 1996; Mercer et Ferketich, 1995; Taubenheim et Silbernagel, 1988).

Pères et mères vivent des adaptations physiques et émotionnelles prévisibles durant les premières semaines suivant l'accouchement qui demandent du soutien (Evan, 1991; Keppler, 1995; Ruchala et Halstead, 1994).

## ***1.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE***

La réduction du temps de séjour hospitalier peut avoir un impact sur les besoins des parents. Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'influence d'un tel contexte sur l'ajustement des mères et des pères en postnatal (Dalby, William, Hodnett et Rush, 1996; Wotton, 1992). Pour Wotton (1992), le séjour plus bref de la mère en milieu hospitalier vient désorganiser encore plus le couple lors de la transition au parentage. Le retour précoce de la mère à la maison peut créer de l'isolement, de l'épuisement et de la détresse psychologique chez les deux parents. Or ces propos s'accordent avec ceux de Walker (1992) qui considère que les conséquences du court séjour peuvent demander une adaptation supplémentaire aux nouveaux parents et représenter de ce fait, une difficulté de plus à surmonter.

La pratique hospitalière du court séjour n'est pas un phénomène nouveau dans le monde, mais elle s'est instaurée de manière progressive au Québec. Ainsi, entre les années 1970 et 1990, la durée d'hospitalisation en maternité est passée de 4 jours à 2 jours lors d'un accouchement vaginal et de 8 jours à 4 jours pour une césarienne (Dalby, William, Hodnett et Rush, 1996; Giancuzzo, 1997). Des raisons politiques, sociales et surtout économiques ont amené les décideurs de l'État à restructurer tout le système de santé. La diminution du temps d'hospitalisation est alors apparue comme un moyen de réduire les coûts liés à la santé (Dalby, Ferguson et Engelhard, 1997).

L'aspect sécuritaire du court séjour pour la mère et l'enfant fait l'objet de recherches (Dalby et al., 1996; Grullon et Grimes, 1997; Rhodes, 1994; Welt, Cole, Nyers, Sholes et Jelovek, 1993) et la notion de satisfaction des mères par rapport à leur expérience du court séjour hospitalier a aussi attiré l'attention de certains chercheurs (Bradley et Carty, 1990; Dalby et al., 1996; Jones, 1997), mais aucune étude recensée n'a permis d'identifier la perception des besoins des mères et des pères primipares dans un contexte spécifique de court séjour hospitalier. Selon Martell (1996), le court séjour change l'expérience d'être mère et possiblement les besoins de la femme.

## ***1.2 BUT DE L'ÉTUDE***

La présente étude vise à identifier les perceptions qu'ont les parents primipares (mères et pères vivant en couple) de leurs besoins la première semaine après la naissance du bébé lors d'un court séjour hospitalier.

La nécessité d'approfondir le domaine nous incite à limiter la portée de la présente étude à un contexte précis qui fera l'objet d'une description détaillée au chapitre de la méthode.

## ***1.3 PERTINENCE DE L'ÉTUDE***

Des considérations sociales, scientifiques et pratiques justifient la pertinence de cette étude.

### **1.3.1 Pertinence sociale**

Rocheleau et al., (1989) et le ministère de la Santé et des Services Sociaux en matière de périnatalité (1993) reconnaissent que les parents ont besoin d'un contexte favorisant l'intimité et le soutien continu à la période postnatale pour l'établissement du lien parent-enfant. La période qui suit la naissance d'un enfant est considérée comme une étape fragile où sont vécus de nombreux problèmes sociaux et affectifs (Bowlby, 1969; Kennell, 1976; Lepage, 1984; MSSS, 1993). Même si on considère les pères et les mères compétents et partenaires dans la dispensation des services, il incombe néanmoins aux intervenants de les soutenir dans leur nouveau rôle (MSSS, 1993). Le soutien offert à ceux-ci doit être à la mesure de leurs besoins (Keppler, 1995; MSSS, 1993) afin de réduire le risque de violence, de négligence et de mauvais traitements fait à l'égard de l'enfant (Deimer, 1997; MSSS, 1993; Priorités nationales, 1997; Tiller, 1995).

La connaissance des besoins des nouveaux parents permettra aux intervenants de la santé d'exercer une pratique axée sur la promotion de la santé de toute la famille et sur la prévention des mauvais traitements faits aux enfants (Keppler, 1995).

### **1.3.2 Pertinence scientifique**

La recherche est essentielle à l'avancement des connaissances et à une intervention qui répond aux besoins réels de la clientèle (MSSS, 1993). Puisque les besoins des parents sont



multiples, variés et peu connus, il importe de documenter le phénomène à la lumière du contexte de soins actuel de court séjour. Les données recueillies dans la littérature sur les besoins de parents n'offrent pas une représentation claire que ce soit dans un contexte traditionnel de soins ou dans le cadre d'un court séjour hospitalier.

Une recension des écrits relative à la période postnatale montre que peu d'études empiriques se penchent de façon systématique à la fois sur les besoins physiques, psychologiques et de soutien que les nouveaux parents ressentent à la suite de la naissance de leur premier enfant. De plus, on remarque que peu de recherches portent sur les perceptions des parents eux-mêmes concernant leurs besoins en postnatal, peu concernent spécifiquement des primipares, peu s'intéressent aux besoins des pères et finalement peu s'attardent à la première semaine postnatale dans un contexte de court séjour hospitalier. Il importe également d'ajouter que peu d'études ont été menées auprès d'une population québécoise francophone.

Pourtant, plusieurs travaux québécois soulignent la pertinence de connaître les besoins des nouveaux parents pour mieux planifier des interventions préventives adaptées à cette période de transition (Bouchard, 1991; Mercer et Ferketich, 1995; MSSS, 1993; Rocheleau et al., 1989). La pertinence scientifique de cette étude est donc liée à la nécessité de cerner un phénomène nouveau pour lequel peu de données empiriques existent.

### **1.3.3 Pertinence pour la pratique en soins infirmiers**

Les infirmières participent largement au soutien des nouveaux parents (Nichols, 1993; Steesma, 1993) et à la promotion de la santé de toute la famille (MSSS, 1993; Paul, 1993; Wotton, 1992). Elles occupent, en ce sens, une place privilégiée pour aider chaque membre de la famille à mieux s'ajuster lors de la venue d'un premier enfant (Blank, Schroeder et Flynn, 1995; Lebel, 1991; Paul, Lambert, St-Cyr-Tribble et Lebel, 1995). Les infirmières sont partenaires des parents dans leur apprentissage en les accompagnant, en les guidant (Blank et al., 1995; Lebel, 1991) afin qu'ils trouvent une harmonie au sein de leur nouvelle structure sociale et familiale (Paul, 1993).

La pratique infirmière, comme celle d'un bon nombre de disciplines, utilise la notion de besoin comme concept de base pour orienter ses interventions (Holmes, Warelow, 1997; Mayer et Ouellet, 1993; Williams et Cooper, 1996). Chaque profession semble posséder sa propre stratégie, méthode ou approche pour identifier les besoins des parents et y répondre (Mayer et Ouellet, 1993). Lukacs (1991) dans ses conclusions d'étude, suggère que la pratique en soins infirmiers devrait se fonder sur la perception qu'ont les mères de leurs besoins en postpartum, non pas de la perception qu'ont les professionnels des besoins des mères. Stainton et al., (1996) ajoutent que les intervenants de la santé doivent s'arrêter non seulement aux perceptions des mères de leurs besoins, mais également à celles des pères afin d'intervenir vraiment selon une approche centrée sur la famille.

Le contexte du court séjour a révolutionné les soins infirmiers en périnatalité (Steesma, 1993) et a changé les façons d'assurer la continuité des soins (Cournoyer, 1990; MSSS, 1993; Rocheleau et al., 1989), d'une part, en adaptant les interventions en centre hospitalier aux besoins immédiats de la famille (Cantin, 1993; Lukacs, 1991; Steesma, 1993) et, d'autre part, en prolongeant le soutien infirmier à domicile pour continuer de répondre aux besoins individuels de chaque membre de la famille (Edwards et Sims-Johns, 1997; Keppler, 1995; Mercer et Ferketich, 1995; Sally et al., 1992). Hall et Carty (1993) ainsi que Séguin et al., (1993) montrent l'importance, pour les parents, du soutien postnatal et de la disponibilité des ressources professionnelles. Curry (1993) ajoute que toute nouvelle famille a besoin d'avoir accès à un réseau de soutien.

Compte tenu de la complexité et de la multiplicité des besoins des parents, l'on se doit de développer de nouvelles approches, de trouver des stratégies novatrices afin de mieux identifier les besoins prioritaires de chaque famille pour ensuite offrir à ces familles, des services de qualité, adaptés à leurs besoins respectifs. Encore aujourd'hui on connaît peu et mal le vécu des parents, leurs besoins en postnatal immédiat et la manière d'y répondre. Cette étude, qui vise à identifier les besoins des pères et des mères primipares à la transition, s'inscrit bien dans cette lignée.

L'identification des besoins des parents conduira à des interventions proactives et précoces permettant de mieux les soutenir (Bailey et al., 1993; Priorités nationales, 1997), d'augmenter éventuellement leur satisfaction vis-à-vis de leur rôle (Blank et al., 1995), ainsi que

d'accroître leur adaptation et leur compétence parentale (Blank et al., 1995; McClenn, 1993; Viinamaki, Rastas, Tukeya, Kuha, Nishanen et Saarikoski, 1994).

---

*Chapitre II*

*RECENSION DES ÉCRITS*

---

Ce chapitre explicite le concept de besoins des mères et des pères primipares en lien avec la transition au parentage. Il traite également des études se rapportant au devenir parents et plus spécifiquement, au devenir mère et au devenir père.

## **2.1 DÉFINITION : CONCEPT BESOIN**

Un besoin, pour un individu, se manifeste le plus souvent une nécessité (Adam, 1963; Mayer et Ouellet, 1993), un désir, une envie ou un manque (Endacott, 1997). Selon Grenier (1985) et plus récemment Legendre (1993), la majorité des spécialistes de l'analyse des besoins déterminent un besoin d'après l'écart entre ce qui est (situation actuelle) et ce qui devrait être (situation désirée). Il n'existe pas de définition unanime et opérationnelle du concept besoin chez les chercheurs (Lightfoot, 1995; Endacott, 1997). Le concept demeure vague et imprécis puisqu'il fait appel à des perceptions individuelles basées sur les valeurs, la culture, l'histoire familiale et l'expérience antérieure (Cronenwett, 1995; Gareau et Bouchard, 1990; Kaufman et al., 1979; Myers et Ouellet, 1993; Endacott, 1997). En ce sens, un besoin peut être variable, subjectif et changeant selon les contextes (Cowley, 1995; Rodgers et Knafl, 1993). Cela étant dit, on comprend bien que le concept besoin reste difficile à saisir. Cowley (1995) explique cette ambiguïté persistante par le fait qu'un besoin peut se manifester de deux façons, soit objective ou subjective. Objective lorsque la demande est claire et répond à une norme sociale ou à une nécessité naturelle de la vie, comme boire et manger. Subjective lorsque la demande est plus voilée, subtile et indirecte. Elle fait appel aux sentiments vécus par un individu, par exemple : *«je ne sais pas comment prendre mon bébé»*.

Beaucoup de tentatives ont été faites dans la littérature pour éclaircir le sens à donner au concept de besoin. La méta-analyse de Rogers et Knaft (1993) décrit plusieurs taxinomies possibles pour aborder ce concept. Celle de Maslow, par exemple en 1954, et celle de Saint-Arnaud, en 1974, classifiaient respectivement les besoins vitaux et humains d'une personne pour mieux les englober et les prioriser. Même si ces taxinomies ne nous informent pas directement sur la façon d'aborder la notion de besoin chez les nouveaux parents, elles nous permettent néanmoins de prendre conscience de la multiplicité des besoins et de la nécessité de les classer pour mieux les comprendre. La confusion entre l'identification des besoins et la définition du concept demeure toujours présente.

## ***2.2 BESOINS LIÉS AU DEVENIR PARENTS***

Puisque toute nouvelle situation peut faire émerger des besoins (Cowley, 1995), on peut penser que la période postnatale immédiate représente en soi pour les parents un changement générateur de nouveaux besoins (Wotton, 1992). Plusieurs disciplines s'intéressent aux besoins qu'amène l'arrivée d'un premier bébé par rapport à l'intégration de cet enfant à la dyade préétablie et dans l'apprentissage des différents rôles (Belsky, 1986; Rocheleau et al., 1989).

Le parentage peut être vu sous différents angles selon les auteurs. Pour certains, le fait d'être parents représente une crise importante en raison de la rupture dyadique du couple et l'imposition du rôle maternel (Bourassa, Couture, Cyr et Malenfant, 1986; Fichardt et al.,

1994; LeMasters, 1957). La notion de crise comporte pour Provost et Tremblay (1991), un côté négatif, la crise se définissant comme un échec, une incapacité à surmonter des problèmes. Dans le même sens, Pellegram et Swartz (1980) décrivent la notion de crise comme quelque chose qui menace l'individu dans son intégrité biologique, psychologique et sociale. Hill (1949; voir Cowan et Cowan, 1988, p.115) pour sa part, trouve l'appellation de crise non justifiée pour décrire une phase de changement abrupte à laquelle les parents doivent s'adapter. Selon le même auteur, si les parents reconnaissent les changements majeurs qu'engendre l'arrivée d'un premier enfant, ils n'en sont pas nécessairement perturbés et l'ajustement peut être vécu de façon positive. Belsky (1986) ajoute que le parentage comporte des difficultés mais également de grands bénéfices; ainsi, les nouveaux parents parlent d'une grande joie, d'un sentiment d'amour et de plaisir qu'ils éprouvent avec leur enfant à travers la routine quotidienne. L'épanouissement de soi et le développement personnel sont également souvent mentionnés par les parents; ils disent se sentir plus adultes, plus matures et moins égocentriques que par le passé. Pour Fichardt et al., (1994), la naissance d'un premier enfant représente pour les parents un jalon de développement des plus importants. Pour Edwards (1974) et pour Provost et Tremblay (1991), elle est un point tournant, un moment de déséquilibre passager où l'on change, où l'on grandit comme individu. Ainsi, cette étape devient une occasion de croissance personnelle (Rocheleau et al., 1989), de développement et de maturation (Belsky, 1986; Provost et Tremblay, 1991; Starn, 1993).

Il faut reconnaître que les changements imposés par la parentalité sont, pour plusieurs,



sources de grands stress (Rocheleau et al., 1989) et augmentent aussi la vulnérabilité de la nouvelle famille à développer des problèmes de toutes sortes en période postnatale (Wotton, 1992). Belsky (1986) identifie plusieurs ajustements dans un couple à la suite de la naissance du premier bébé; le couple doit, d'une part, faire face à des stress comme celui d'établir une nouvelle routine de vie avec un enfant et répondre jour et nuit à ses besoins. Les parents doivent également s'adapter au fait qu'ils sont maintenant trois et que certains sacrifices sont nécessaires pour prendre soin du bébé, comme avoir moins de liberté individuelle ou de couple, disposer de moins de temps d'intimité dans le couple et pour les contacts sociaux. De plus, selon Provost et Tremblay (1991), les parents primipares doivent modifier leur horaire, partager autrement les tâches et les responsabilités, adopter d'autres types de relations avec leur famille respective et leurs amis et retrouver leur intimité.

Les couples primipares traversent souvent cette transition avec plus d'intensité que les multipares puisqu'ils doivent assumer à la fois, de nouveaux rôles et des responsabilités parentales pour lesquelles ils n'ont pas encore acquis les habiletés et les connaissances nécessaires (Provost et Tremblay, 1991; Rocheleau et al., 1989; Valois, 1993). Il n'est pas rare que les parents d'un premier enfant n'aient aucune expérience de soins avec un nouveau-né (Rocheleau et al., 1989), ce qui ne facilite en rien l'acquisition des habiletés requises pour accomplir leur nouveau rôle de parents (Belsky, 1986; Endacottledge et Pridham, 1987).

Certains écrits suggèrent que l'ajustement postnatal des parents s'expérimente de façon différente pour la mère et pour le père (Cronenwett, 1985; Conseil de la famille, 1993;

Cowan et Cowan, 1988). Ainsi, homme et femme expériment la transition au parentage en fonction de ce qu'ils sont, de leurs acquis et de leurs expériences antérieures. Il importe donc de documenter le vécu propre à chacun des conjoints pour mieux comprendre leurs besoins respectifs.

### **2.2.1 Devenir mère**

La femme qui vient de mettre au monde son enfant entre dans une phase de changements physiologiques et psychologiques qui se produisent de façon rapide et soudaine. Les mécanismes d'adaptation physiologique englobent, entre autres, un nouvel équilibre hormonal, des processus de cicatrisation des tissus, la diminution du volume sanguin, la perte de poids et l'involution utérine (Sally et al., 1992).

Pour Walker (1992), être mère signifie acquérir la compétence dans ce nouveau rôle et intégrer les comportements qui reflètent les normes sociales et les croyances communes de ce qu'une mère doit faire et ne pas faire.

La mère primipare vit avec intensité la transition au parentage puisqu'elle se retrouve face à l'inconnu. C'est ce qui explique en partie pourquoi elle a une perception plus négative d'elle-même à la période postnatale (Ruchala et Halstead, 1994), pourquoi elle se trouve moins compétente dans son rôle de mère (Bailey et al., 1993; Mercer et Ferketich, 1995; Rocheleau et al., 1989) et pourquoi elle a moins confiance en elle (McVeigh, 1997; Mercer

et Ferketich, 1995) comparativement à une mère multipare. Selon Bailey et al. (1996), Mercer et Ferketich (1995) et Romito et Zalateo (1992), il est clair que la mère primipare manifeste plus de besoins, plus d'inquiétudes et pose plus de questions que la mère multipare. Ses besoins sont différents (Bailey et al., 1996). Les résultats de Cronenwett (1985) montrent que les mères primipares perçoivent plus de besoins que les pères primipares à la période postnatale, peut-être en raison du fait que ce sont elles qui mettent au monde le bébé et que la société les désigne implicitement comme principale responsable du nouveau-né (McVeigh 1997).

Depuis plusieurs années, des chercheurs se préoccupent du vécu des nouvelles mères et font souvent référence au cadre théorique de Rubin (1967) pour expliquer la réalité d'être mère en postnatal. Il semble que cette auteure a élaboré ce cadre (voir à la page suivante pour une description du cadre) à partir d'une approche qualitative basée sur l'observation clinique des mères en postnatal (Martell, 1996; Rubin, 1984). Toutefois, les écrits disponibles sur le sujet ne permettent pas d'approfondir la méthode utilisée pour recueillir les données. De plus, les instruments ne sont pas décrits, le déroulement de l'étude n'est pas précisé et le processus d'analyse des données manque aussi pour bien comprendre la démarche de la recherche qui a mené à l'élaboration de ce cadre. Pour vraiment saisir le sens des propos de cette théoricienne, il paraît intéressant de se remettre dans le contexte de l'époque où ce paradigme a vu le jour. Dans les années soixante et soixante-dix, les mères étaient souvent hospitalisées de cinq à sept jours à la suite d'un accouchement. Elles ne cohabitaient pas avec leur bébé, allaitaient très peu et la mentalité voulait qu'une mère se repose et prenne des forces à

l'hôpital; elle ne prenait la responsabilité intégrale de l'enfant qu'à son départ de l'hôpital. Pour l'auteure (Rubin 1967), toutes les mères passent par différentes phases après une naissance pour s'ajuster, s'adapter à leur nouvelle situation. Nous croyons important de nous arrêter à chacune d'elle puisqu'encore aujourd'hui cette auteure est souvent citée comme référence dans différentes recherches traitant du vécu des mères en postnatal immédiat.

### **2.2.1.1 Cadre théorique de Rubin (1967)**

Les trois phases que décrit la théorie de Rubin sont appelées: **taking-in** (dépendance), **taking-hold** (indépendance), et **letting-go** (deuil).

La phase de dépendance est caractérisée par la passivité de la mère envers son bébé. La mère veut dans un premier temps satisfaire ses besoins fondamentaux de sommeil et d'alimentation pour ensuite se tourner vers les besoins de son enfant. Selon Rubin (1984), cette période dure environ trois jours après l'accouchement.

La phase d'indépendance commence quand les besoins de la mère sont suffisamment satisfaits pour qu'elle se retourne vers ceux de son bébé. La mère s'intéresse alors davantage à développer des habiletés à prendre soin de son enfant. Les besoins d'apprentissage de son nouveau rôle maternel sont évidents à cette phase, qui débute la troisième journée postnatale et dure jusqu'à la dixième (Rubin, 1984).

**La phase de deuil s'actualise après la dixième journée post-accouchement, où la mère ressent à la fois, la perte de son enfant en tant que fœtus et la perte de l'enfant imaginaire qu'elle s'était créé durant la grossesse. Elle doit accepter maintenant l'enfant comme un être séparé d'elle.**

Pour plusieurs auteures, la théorie de Rubin est révolue (Martell, 1996; Mercer et Ferketich, 1995; Wotton, 1992). Martell (1996), Mercer et Ferketich (1995) contestent ce cadre théorique qui pour elles ne correspond plus à la situation actuelle que vit la mère lors d'un court séjour hospitalier.

La société a évolué, le rôle de la femme a changé, on exige d'elle qu'elle retrouve rapidement son indépendance en postnatal (Wotton, 1992), qu'elle reprenne au plus vite ses activités régulières à la maison et au travail. Les exigences liées à la maternité viennent s'ajouter aux autres rôles que la nouvelle mère détient déjà comme femme dans la vie de tous les jours. Les valeurs sociétales technologiques axées sur la productivité et le contrôle prônent la mère parfaite et le bébé parfait (Hanvey, 1990). Keen-Payne et Bond (1997) ajoutent même qu'il est difficile pour la majorité des femmes d'aujourd'hui d'accepter un degré de dépendance à la période postnatale immédiate. Selon Ament (1990; voir Mercer et Ferketich, 1995), les mères primipares qui vivent un court séjour ont une phase plus longue de dépendance que les multipares en raison de plus grands stress et d'une plus grande fatigue, que l'on explique assez facilement par leur inexpérience et par la durée souvent plus longue de leur travail à l'accouchement que celle d'une multipare. C'est donc dire que le court séjour et la parité

peuvent modifier la durée de chacune des phases évoquées dans la théorie de Rubin (1984).

À aucun moment, Rubin (1967; 1984) ne fait allusion à la parité des participantes qui ont collaboré à sa recherche et elle ne spécifie pas leur expérience lors du travail et de l'accouchement. Pourtant, la parité et l'événement de la mise au monde peuvent influencer et nuancer la façon de vivre chacune des phases (Barclay et al., 1997; Martell, 1996; Mercer et Ferketich, 1995; Pridham et al., 1987). Ces commentaires renforcent la proposition de plusieurs auteurs de réévaluer le cadre théorique de Rubin et possiblement de le redéfinir en fonction des changements sociaux survenus depuis son élaboration en 1967.

Martell (1996) a procédé à une telle réévaluation du cadre théorique de Rubin (1967) en étudiant le comportement de mères qui vivent un court séjour hospitalier. Pour ce faire, elle a conçu un questionnaire auto-administré à l'aide d'une échelle Likert qui a été révisé puis validé auprès d'un groupe d'infirmières enseignantes en périnatalité. Cet instrument quantitatif retravaillé a permis de recueillir des données à l'intérieur des 36 premières heures suivant la naissance de l'enfant, et ce, en trois temps : à 12 heures, à 24 heures et à 36 heures post-accouchement. Ainsi, 81 mères ont rempli le questionnaire à 12 heures, 49 d'entre elles l'ont fait à 24 heures postpartum et 34 mères sur 81 ont complété l'investigation prévue à 36 heures après l'accouchement. Selon l'auteure (Martell, 1996), le congé précoce de l'hôpital, la grande fatigue et l'oubli expliquaient la perte des 47 participantes en cours de processus.

Les conclusions de l'étude de Martell (1996) montrent des similitudes avec la théorie de Rubin mais aussi de grandes divergences. Martell (1996) arrive à la conclusion que la mère nouvellement accouchée est fatiguée et veut parler de l'expérience qu'elle a vécue, comme l'affirmait Rubin (1967), mais selon Martell (1996), elle n'est pas dépendante des infirmières pour ses soins personnels et elle n'a pas toujours faim en postpartum immédiat. De plus, selon Martell (1996), les notions de dépendance et d'indépendance se chevauchent contrairement aux propos de Rubin (1967), aucune séquence rigide ne semble les diviser dans le temps (Martell, 1996). Ces résultats rejoignent ceux des études de Barclay et al., (1997) et de Mercer et Ferketich (1995) qui montrent qu'il n'existe pas de bornes ni de frontières pour délimiter la durée des phases d'adaptation d'une mère face à son nouveau rôle.

La démarche de l'étude de Martell (1996) comporte certaines limites, par exemple, celle d'avoir réévalué un cadre théorique dont le processus d'élaboration reste confus et incomplet. Où donc cette auteure a-t-elle puisé son information ? À quoi s'est-elle référée pour élaborer son instrument ? Peut-on vraiment parler de réévaluation ? Comme son instrument quantitatif n'a pas été validé dans d'autres études que la sienne, peut-on prétendre qu'il recueille vraiment l'information voulue ? Les réponses à ces questions peuvent influencer la crédibilité de ses résultats. Néanmoins, l'étude de Martell nous permet de croire que l'expérience d'être mère s'est modifiée au fil des ans. Les conclusions nuancent la théorie de Rubin et apportent un autre regard à la condition d'être mère en postnatal.

De leur côté, Barclay, Everitt, Rogan, Schmied et Willie (1997) ont tenté de mettre à jour

l'expérience qu'une mère primipare traverse à la suite de la naissance de son enfant. Ainsi, ils voulaient tenir compte de la parité pour spécifier davantage l'expérience d'être mère pour la première fois.

Cinquante-cinq mères primipares ont participé à cette étude qui s'est déroulée de la deuxième semaine postnatale jusqu'à six mois postpartum. La perception de ces mères de la maternité a été recueillie rétrospectivement lors de *«focus group»* où l'animateur posait des questions ouvertes pour stimuler la discussion. Les données ainsi relevées ont été analysées par la méthode de comparaison constante pour arriver à déterminer six grandes catégories, non hiérarchisées relatives au concept du **«devenir mère»** : *«realizing»*, *«unready»*, *«drained»*, *«alone»*, *«loss»*, et *«working it out»*.

Même si l'on soulève quelques limites à cette étude comme les biais de mémoire et la méthode par *«focus group»* pour recueillir un vécu personnel souvent intimiste, il nous paraît néanmoins que Barclay et al., (1997) ont fait preuve d'une grande rigueur dans leur procédé d'analyse des données. Ils ont enregistré et retranscrit l'ensemble des discussions, des vérifications des données manuscrites ont été faites et la catégorisation finale proposée a été obtenue par consensus dans l'équipe de chercheurs. La classification proposée a été révérifiée auprès des mères participantes avant d'être prétestée auprès d'un autre groupe de mères présentant les mêmes caractéristiques afin d'augmenter la validité interne du contenu de la catégorisation finale.



Cette étude descriptive (Barclay et al., 1997) a permis de mieux comprendre l'expérience et les besoins des mères primipares. Endacott (1997) d'ailleurs, affirme que l'on ne peut comprendre les besoins d'un individu sans se placer dans la situation dans laquelle il se trouve. Ainsi, la recherche de Barclay et al. (1997) semble très pertinente pour notre propre étude puisqu'elle met en perspective le vécu de mères primipares, duquel on peut extrapoler un ensemble de besoins. C'est pourquoi nous avons utilisé la catégorisation obtenue dans cette étude pour présenter la suite de la recension des écrits.

La catégorie «*realizing*» met en lumière le vécu de la nouvelle mère par rapport à son expérience de la mise au monde. «*Réaliser*» marque souvent le début du processus du devenir mère et peut être une étape difficile pour certaines femmes en raison de leurs attentes différentes de la réalité qu'elles vivent. À cette phase, la mère doit arriver à accepter son expérience actuelle d'accouchement par rapport à sa vision peut-être idéalisée en prénatal. Des commentaires comme «*c'est nouveau pour moi*», «*c'est incroyable*», «*je ne le réalise pas encore*» sont des exemples typiques des propos verbalisés souvent par les nouvelles mères.

Plusieurs auteurs parlent de la situation générale des mères durant la période périnatale mais peu d'entre eux documentent l'expérience d'enfantement des mères lorsqu'ils veulent identifier leurs besoins (Pridham, Lyttan, Change et Ruthedge, 1991). Cela explique, du moins en partie, pourquoi la connaissance des besoins des mères est morcelée, obscure et n'offre souvent qu'une facette du vécu des nouvelles mères (Barclay et al., 1997; Bull et Lawrence, 1985).

La période postnatale immédiate est le théâtre de grands bouleversements. La mère prise physiquement et émotivement dans son expérience de la mise au monde peut se sentir dépassée par les événements (Barclay et al., 1997). Selon Lugina et Summerfeld (1994), Mercer et al. (1983) et Keen-Payne et Bond (1997), ce sentiment s'estompera peu à peu lorsqu'elle réalisera ce qui lui est arrivé. Durant cette période, il arrive que la mère ait une attitude plutôt passive, qui peut parfois laisser croire à un manque d'autonomie et d'attirance envers son bébé (Ruchala et Halstead, 1994). Pourtant, selon plusieurs chercheurs, il n'en est rien, la mère a simplement besoin d'accepter, dans un premier temps, toute son expérience et de voir comment celle-ci a satisfait ses attentes (Barclay et al., 1997; Lugina et Sommerfeld, 1994; Mercer et al., 1993). Martell (1996) parle d'observance de la mère envers le personnel et non de dépendance ou de passivité. Ainsi, la nouvelle mère est tellement prise dans son vécu récent, que bien qu'elle peut décrire avec détail son vécu d'accouchement, elle peut ne pas savoir quoi répondre quand on lui demande ce dont elle a besoin (Keen-Payne et Bond, 1997).

Lorsque la mère réalise qu'elle a mis au monde son enfant, elle peut se sentir non préparée à cette réalité, au vrai sens d'être mère d'où la catégorie *«unready»*. C'est alors qu'un grand trou noir se crée et que la nouvelle mère se sent souvent désarmée, déconcertée devant ce changement subit qui met en évidence son inexpérience (Barclay et al., 1997). McVeigh (1997) parle de **«conspiration du silence»** pour expliquer qu'une mère primipare ne peut imaginer ou se préparer réellement à avoir sous sa responsabilité un bébé avant que ce dernier soit venu au monde.

C'est pourquoi bon nombre d'auteurs assument que les mères primipares ressentent plus de besoins que les multipares (Lugina et Sommerfeld, 1994; Mercer et Ferketich, 1995; Pridham, 1997) tel que rapporté précédemment. Cette perception rejoint la conclusion de l'étude qualitative de Bradley et Carty (1990) auprès de 45 mères de parité mixte qui ont un accouchement sans complication et vivent un court séjour hospitalier. Leurs résultats suggèrent que ce sont les primipares qui restent le plus longtemps à l'hôpital dans le cadre d'un court séjour.

L'expérience de la naissance demande beaucoup physiquement et psychologiquement à la mère qui devient vite épuisée (catégorie : *«drained»*). Elle exprimera alors de la fatigue générale, un manque de sommeil et de répit (Barclay et al., 1997). La mère se rend vite compte que l'arrivée de son bébé a un impact certain sur sa propre existence.

Courville (1995) parle du corps fatigué de la mère qui cherche un répit, une récupération. Fichardt et al., (1994), Mercer et Ferketich (1995), Keen-Payne et Bond (1997), Ruchala et Halstead (1994) et Stainton et al., (1996) parlent des besoins physiques de repos, de sommeil et de répit qui se font sentir chez une nouvelle mère. Smith-Hanrahan (1995), dans son étude portant sur les capacités fonctionnelles des nouvelles mères en postnatal dans le cadre d'un court séjour hospitalier, arrive à la conclusion que la fatigue augmente dans ce contexte et diminue la capacité de la mère à répondre à ses besoins et à ceux de son enfant. L'auteure a constaté que 95 % des mères se disent fatiguées lors du congé de l'hôpital et 96% après une semaine. McVeigh (1997), de son côté, considère la fatigue comme l'un des facteurs de

stress les plus importants à la période postnatale immédiate.

Faire face aux demandes reliées à son rôle de mère exige chez la femme un certain nombre de renoncements, de deuils face à sa propre personne (catégorie : «*loss*»). Ainsi, la femme peut se sentir dépassée, elle peut sentir qu'elle manque de temps pour elle-même, pour le couple et pour sa vie sociale. Elle peut ressentir des limitations par rapport à son indépendance, à sa liberté et se trouver en perte de contrôle de sa propre vie (Barclay et al., 1997). Par conséquent, elle peut éprouver une diminution d'estime d'elle-même, se percevoir plus négativement et avoir moins confiance en ses capacités (Barclay et al., 1997; Lugina et Sommerfeld, 1994; McVeigh, 1997; Mercer et Ferketich, 1995; Ruchala et Halstead, 1994).

La réorganisation imposée par le devenir mère fait en sorte que le style de vie est modifié, que la routine quotidienne est bouleversée (McVeigh, 1997).

La nouvelle mère doit apprendre à vivre en famille (Fichardt et al., 1994). Cette situation de vie ponctuée de pertes peut créer des besoins particuliers. Keen-Payne et Bond (1997) parlent du besoin de liberté, Stainton et al (1996) du besoin de répit et McVeigh (1997) du besoin de temps pour soi.

La mère primipare doit acquérir les connaissances et les habiletés requises pour exercer son nouveau rôle, mais le processus d'apprentissage prend du temps (catégorie: «*working it out*»).

Les réponses aux questions les plus simples font cruellement défaut. Et parce qu'elles sont simples, les mères n'osent pas les poser de peur de déranger ou de se sentir ridicules (Laganier, 1992).

Comme le laisse entendre plusieurs auteurs dont Courville (1995), la mère primipare ne peut anticiper ses besoins, elle pourra les exprimer seulement au fur et à mesure qu'ils surviendront dans son expérience. Elle observera alors les autres mères, comparera son bébé avec d'autres et posera des questions (Barclay et al., 1997).

Pour la grande majorité des primipares récemment accouchées, l'hospitalisation représente un milieu sécuritaire où le réseau de soutien est à proximité (Barclay et al., 1997; Ruchala et Halstead, 1994). Le choc vient avec le retour à la maison. C'est là que la mère prend vraiment conscience des nouvelles responsabilités qu'elle doit maintenant assumer. Plusieurs recherches se sont efforcées de mettre en lumière le besoin d'information des nouvelles mères (Farbman, Holt et Martin, 1997; Pridham, 1997; Keen-Payne et Bond, 1997) et leur besoin éducationnel (Fichardt et al., 1994; McVeigh, 1997; Rush et Ruta, 1992; Tulman et Fawcett 1990), mais sans faire référence directement à la période postnatale immédiate ni à un contexte de primiparité et de court séjour hospitalier.

La mère primipare traverse plusieurs étapes souvent éprouvantes à la suite de la naissance de son premier enfant : la réalisation de son expérience, le sentiment d'être non préparée à ce rôle, d'être épuisée et de devoir apprendre en sont des exemples concrets. Certaines mères

peuvent se sentir seules et isolées (catégorie : «*alone*» ). La perception d'être seule n'est pas en soi négative (Blank et al., 1995); elle le devient si la mère, faute de réseaux formel et informel satisfaisants, éprouve un plus grand nombre de difficultés qui compromettent son adaptation. Le soutien de la mère à la période postnatale représente, en ce sens, un attribut essentiel dans l'acquisition de sa confiance en elle, dans le développement de son sentiment de compétence et dans le contrôle des stress physiques et émotionnels (Barclay et al., 1997).

L'importance du soutien est largement décrite dans la littérature. Le conjoint est souvent désigné comme le meilleur soutien pour la mère primipare (Boehm et al., 1995; Curry, 1993; Ferketich et Mercer, 1995; McClenn, 1993; McVeigh, 1997; Séguin, Bouchard, St-Denis, Loiselle et Potvin, 1995; Viinamaki et al., 1994). Courville (1995) ajoute que le père est potentiellement la source de soutien la plus disponible et la plus constante dans la première semaine postnatale. Ainsi, le manque de soutien de celui-ci en postnatal pourrait avoir un impact sur l'adaptation de la mère (Séguin et al., 1995; Viinamaki et al., 1994), sur son degré de stress à cette période de transition (McClenn, 1993) et sur son sentiment de confiance en elle et de compétence pour s'occuper de son bébé (Mercer et Ferketich, 1995; Pridham, 1997).

La nouvelle mère a besoin d'un soutien multidimensionnel répondant à ses besoins physiques, psychologiques et émotionnels (Hall et Carty, 1993). Pour Pridham (1997) et Mercer et al. (1993), la connaissance de l'existence et de la disponibilité d'un réseau de soutien fait du bien aux parents. Pridham (1997) voit trois sources d'aide pour la nouvelle

mère : les sources informelles représentées par le conjoint, la famille et les amis, les sources professionnelles provenant du réseau de la santé et finalement les sources écrites.

Hall et McCarty (1993), Hanvey (1990), Keppler (1995), McVeigh (1997) et Romito et Zalateo (1992) insistent sur le fait que le réseau formel de la santé doit être accessible en tout temps pour favoriser l'adaptation au parentage. Rush et Ruta (1992) ajoutent que les parents ont plus que jamais besoin d'un réseau formel accessible après leur retour à domicile pour compenser le manque d'aide professionnelle découlant d'un court séjour hospitalier. Selon Luckacs (1991), Ruchala et Halstead (1994) et Watson, Watson, Wetzel, Bader et Talbot (1996), il est évident que la mère manque de conseils, d'information et de soutien dans le contexte d'un court séjour.

Les résultats de l'étude de Romito et Zalateo (1992) viennent montrer aussi l'importance du soutien informel aux parents à la première semaine postnatale. Selon eux, 75 % des nouveaux parents sont soutenus par un réseau informel représenté souvent par la mère de la nouvelle accouchée ou par sa belle-mère. Ce réseau, bien qu'aidant dans la majorité des cas, n'est pas toujours disponible et habilité à répondre à l'ensemble des besoins de la nouvelle famille (Hanvey, 1990). D'après Farbman et al. (1997), un bon réseau informel de soutien peut compenser la diminution de services professionnels occasionnée par un court séjour hospitalier.

Bien que plusieurs recherches aient traité des besoins des nouvelles mères après une

naissance, on s'aperçoit que peu d'entre elles dressent un portrait global des besoins des mères dans un contexte de primiparité et de court séjour hospitalier.

### **2.2.2 Devenir père**

La paternité constitue pour l'homme une étape de son développement et la manière de la réaliser sera personnelle tout comme la maternité pour la femme (Fishbein, 1984; Watson et al., 1996).

Bien que moins documentés que le vécu des mères, les écrits actuels témoignent de l'importance grandissante du rôle du père au sein de la famille (Watson et al., 1996). La paternité semble toutefois s'exprimer de façon différente aujourd'hui (Hung et al., 1996). Historiquement, la mère était désignée implicitement comme principale responsable de la famille, en même temps que le père voyait son rôle de travailleur à l'extérieur plus valorisé (Teidje et Darling-Fisher, 1996). Des références plus récentes montrent comment le sens du devenir père a évolué à travers le temps (Chalmers et Meyer, 1996; Conseil de la famille, 1993; Watson et al., 1996). Les années soixante-dix et quatre-vingt témoignent de l'éclatement du modèle traditionnel de père pourvoyeur et agent disciplinaire et de l'émergence d'un modèle beaucoup plus souple, flexible, engagé affectivement auprès de ses enfants (Anderson, 1996; Broué et Rondeau, 1997; Chalmers et Meyers, 1996; Conseil de la famille, 1993; Hall, 1994; Rustia et Abbott, 1993).



Le rôle du père dans notre société est à redéfinir : tandis que les uns voient le rôle du père à travers les attentes des mères (Grant, Duggan, Andrews et Serwint, 1997), les autres préconisent que le comportement paternel est unique et différent de celui des mères (Jordan, 1990; Mercer et Ferketich, 1995). Selon Lame et Oppenheim (1989), être un père «nouveau style», c'est d'abord et avant tout être accessible, engagé et responsable. Être accessible signifie prendre du temps avec sa conjointe, être engagé fait référence au temps d'interaction direct avec l'enfant et être responsable plutôt que le partage des tâches.

En général, les pères croient nécessaire de prendre leur place auprès de l'enfant dès la naissance, mais ils ne savent pas toujours comment le faire (Conseil de la famille, 1993). Bien que le discours social les incite vers une plus grande implication auprès de la famille, la façon de le faire reste à inventer. C'est ce qui explique pourquoi l'exécution du rôle paternel reste encore teintée aujourd'hui de stéréotypes masculins transmis et issus des mœurs traditionnelles (Conseil de la famille, 1993; Watson et al., 1996), et c'est encore plus vrai dans les milieux socioéconomiquement défavorisés, où la culture patriarcale domine toujours (Broué et Rondeau, 1997). C'est dire que les valeurs sociales ont changé plus vite que le comportement (Rustia et Abbott, 1993). Les hommes ont à négocier avec un modèle de père qu'ils ont connu dans leur passé et un modèle valorisé socialement différent et mal défini. C'est une situation complexe pour les pères selon Tiedje et Darling-Fisher (1996). Si un homme a connu une relation positive avec son père, il sera plus motivé à s'investir auprès de son enfant (Anderson, 1996). Ainsi, l'on peut prétendre que la perception qu'auront les pères de leur rôle dans la famille sera grandement influencée par leur histoire

familiale, leurs expériences antérieures et les ressources de leur milieu (Hall, 1994; Watson et al., 1996).

Tout comme la nouvelle mère, le père primipare novice et inexpérimenté fait face à de nombreux stress à de l'anxiété et à des questionnements reliés à ce rôle pour lequel il n'a développé aucune expertise (Ferketich et Mercer, 1995; Fishbein, 1984; Luckacs, 1991; Starn, 1993; Watson et al., 1996). Les pères ont particulièrement besoin d'être encouragés à participer à la vie familiale (MSSS, 1993; Starn, 1993) : peu d'entre eux ont été préparés par leur éducation, à prendre soin d'un enfant (MSSS, 1993). Le manque d'exposition à un modèle paternel affectivement engagé limite le développement d'habiletés chez plusieurs pères et rend encore plus difficile et stressante l'expérience de la paternité (DSC, 1992; Watson et al., 1996). Chaque homme trouvera sa propre façon de composer avec son nouveau rôle, il adoptera des attitudes et des comportements qui se situeront entre deux pôles: ne rien changer dans son mode de vie en évitant les responsabilités parentales ou s'impliquer tellement à fond qu'il en oubliera ses propres besoins (DSC, 1992).

La reconnaissance sociale qui confère quasi-automatiquement la compétence à la mère fait en sorte que dès le départ, plusieurs pères se sentent exclus et préfèrent adopter un rôle de soutien à la mère au lieu de prendre vraiment leur place auprès de l'enfant (Conseil de la famille, 1993; DSC, 1992; Hall, 1994; Tiller, 1995; Watson et al., 1996). Ils en viennent à penser que la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant est moins importante que celle que la mère entretient elle-même avec son enfant (Hall, 1994). Ils se sentent souvent

incompétents face aux soins du bébé comparativement à leur partenaire. De plus, les pères impliqués reçoivent souvent des messages plutôt négatifs de la part de leur famille ou amis face à leur rôle actif auprès de leur enfant (Watson et al., 1996), ce qui n'aide en rien leur adaptation.

Les heures et les jours qui suivent l'arrivée d'un enfant sont des moments privilégiés pour le contact direct parent-enfant et aussi un moment déterminant pour l'établissement d'un lien d'attachement entre eux (Bell, 1996; MSSS, 1993). Ce lien ne peut se créer en dehors d'une implication directe du parent auprès de l'enfant (Hall, 1994). La confiance en soi, la maîtrise des habiletés viennent à mesure des contacts avec le bébé (Anderson, 1996; Hall, 1994).

C'est pourquoi la maternité se développe et évolue habituellement plus rapidement que la paternité en postnatal immédiat (Hall, 1994).

Le père moderne vit à sa façon la parentalité et pour Watson et al., (1996), il est clair que ses besoins sont différents de ceux des mères et qu'il faut les identifier et y répondre. On connaît encore peu les besoins des nouveaux pères dans les jours qui suivent la naissance de leur premier enfant. Jusqu'à récemment, peu d'écrits concernant la paternité ont porté sur la période postnatale immédiate pour décrire le vécu d'un nouveau père. Par contre, la littérature actuelle démontre une tendance à vouloir cerner en profondeur le phénomène de la paternité. Quelques études, à devis qualitatifs, ont vu le jour afin d'approfondir ce sujet.

Trois études ont retenu particulièrement notre attention, dont deux de nature qualitative portant sur l'expérience de pères primipares : l'étude de Hall (1994) et celle de Anderson (1996).

Hall (1994), a interviewé dix pères primipares environ deux mois et demi après la naissance et une autre fois peu après que l'enfant ait atteint l'âge de 1 an, à propos de leur expérience lors de la paternité. Les entrevues, semi-dirigées, ont été enregistrées sur magnétophone puis le contenu a été transcrit avant d'être analysé par la méthode de comparaison constante. Les conclusions de cette étude semblent démontrer qu'encore aujourd'hui, la femme est considérée l'experte et la principale responsable de la famille, puisqu'elle bénéficie d'un congé temporaire de son travail tandis que les pères sont davantage préoccupés par leur occupation professionnelle. L'auteur soutient que les changements d'attitudes et de comportements chez les pères sont lents à venir et qu'ils nécessitent des négociations persistantes entre conjoints. Les pères doivent apprendre à assumer de nouvelles responsabilités, à établir des priorités, à organiser et planifier leur temps en tenant compte de la famille.

Quant à l'étude de Anderson (1996), menée chez quatorze pères primipares à deux mois postpartum, elle visait à mieux comprendre le développement de la relation père-enfant. La collecte des données ainsi que la méthode d'analyse utilisée furent effectuées de façon similaire à l'étude de Hall (1994) discutée juste avant. Trois catégories ont émergé de leurs données : s'engager, s'attacher et faire de la place au bébé. S'engager signifie, pour l'auteur,

prendre des responsabilités auprès de l'enfant, s'y attacher veut dire créer un lien étroit avec lui et faire de la place se traduit par l'ouverture du père à changer des choses dans sa propre vie.

Les pères expriment en général de la joie, de la fierté et de l'émerveillement à la période postnatale, mais parfois le lien avec l'enfant ne s'établit pas rapidement. Les circonstances entourant la naissance font que parfois, la réponse du père vers son enfant n'est pas immédiate. Avant l'accouchement, le père peut s'être préoccupé davantage de la sécurité de sa partenaire et de son enfant que des sentiments éprouvés à l'égard de son enfant.

Selon les conclusions de cette recherche, le lien père-enfant se crée davantage lorsque le bébé répond aux stimuli du père par des gestes, des sourires, des babilllements, ces comportements encourageant ce père à continuer ses avances auprès de son enfant.

Anderson (1996) soutient que les pères ont à changer leur routine de vie au plan de leur travail, de leurs moments personnels, de leur vie sociale et de couple. De plus, selon Anderson, les pères d'aujourd'hui ne sont plus centrés sur leur rôle de pourvoyeur et d'agent disciplinaire : un père a besoin d'aimer, de protéger et d'être émotivement présent pour son enfant.

La troisième étude retenue est celle de Chalmers et Meyer (1996). Cette recherche d'orientation quantitative avait comme but d'explorer la perception qu'ont les pères à trois

moments de la transition au parentage : durant la grossesse, lors de la mise au monde et durant les quelques mois suivant la naissance.

Cent quinze (115) pères ont participé à cette recherche, répondant à un questionnaire auto-administré conçu par les auteurs spécifiquement pour cette étude. Pour la conception de leur outil, les auteurs se sont appuyés sur la documentation et sur des entrevues exploratoires auprès de pères. Les auteurs ne précisent pas la provenance des données, la méthode de recueil et d'analyse des données ni le but poursuivi par ces entrevues. Le questionnaire contient des items sur les attitudes, les connaissances, les perceptions et les activités des pères durant les trois périodes identifiées dans le cadre de cette étude. Un prétest a été effectué avant son utilisation proprement dite mais aucune spécificité n'est apportée sur la méthode utilisée et la population évaluée.

Moins de la moitié des participants (49,6 %) à cette recherche se sont rendus jusqu'à l'évaluation postnatale presque trois mois après la naissance. Les conclusions suggèrent que ces pères éprouvent des difficultés à se reposer et à calmer le bébé. Ils expriment aussi des inquiétudes face au futur et des problèmes d'ordre sexuel. D'après les auteurs, les pères sont plus actifs auprès des enfants que par le passé et demandent le soutien de leur partenaire dans l'apprentissage de leur nouveau rôle. Les besoins des pères ne sont donc pas à négliger selon Chalmers et Meyer : ils ont besoin d'être informés par rapport à leurs préoccupations et sur les ressources à leur disposition.

Même si ces études ne nous dressent pas un portrait des besoins physiques, psychologiques et de soutien des pères primipares, elles nous renseignent, tout au moins, sur certains aspects de leur vécu. Cette information aide à la compréhension de leurs besoins. Dans cet esprit, il apparaît justifié de chercher à approfondir le vécu des nouveaux pères pour mieux saisir les besoins qui en découlent.

### ***2.3 RÉSUMÉ DE LA RECENSION DES ÉCRITS***

En somme, la recension des écrits a permis de constater que même si plusieurs auteurs prétendent définir les besoins des mères en postnatal, peu décrivent simultanément les besoins physiques, psychologiques et de soutien des mères dans un contexte de primiparité et de court séjour hospitalier. De plus, on peut remarquer un engouement certain des chercheurs pour le rôle du père à l'intérieur de la famille actuelle, mais les écrits ne permettent pas de connaître les besoins personnels du père lors de la transition au parentage.

Enfin se dégage des écrits l'importance de cerner les différentes dimensions des besoins des pères et des mères primipares, en postnatal immédiat, afin d'intervenir efficacement et de faciliter leur adaptation.

---

### *Chapitre III*

## *MÉTHODE DE LA RECHERCHE*

---



La recension des écrits sur les besoins des nouveaux parents a permis de constater des lacunes dans la connaissance de ce phénomène et justifie, en quelque sorte, la pertinence de la présente étude.

Ce chapitre portant sur la méthode utilisée dans cette recherche décrit : le devis de l'étude, la définition des termes, le plan d'échantillonnage, le déroulement de la collecte des données, les considérations éthiques de la recherche, le procédure d'analyse des données et les critères de scientificité.

### ***3.1 DEVIS DE LA RECHERCHE***

Les besoins ressentis par un individu sont uniques et souvent abstraits; ils n'ont de signification que pour la personne qui les vit. La perception d'un besoin est variable d'une personne à l'autre dans le temps et selon les contextes (Cowley, 1995).

La recherche qualitative se veut par définition, une méthode d'exploration en profondeur d'un phénomène complexe et méconnu afin de mieux le comprendre et mieux le définir (Black, 1994; Britten, Jones, Murphy, Stacy, 1995; Laperrière, 1994; Elder et Miller, 1995; Gilchrist et Engel, 1995).

Cette étude qualitative à caractère exploratoire vise à identifier les besoins des nouveaux

parents à partir de la représentation qu'ils s'en font. Ce n'est donc pas la taille de l'échantillon qui détermine la crédibilité des résultats de ce type de recherche, mais bien la richesse de l'information recueillie pour mieux comprendre le phénomène (Burns et Grove, 1993; Elger et Miller, 1995; Pope et Mays, 1995; Crabtree et Miller, 1992).

Certains auteurs disent que 12 à 20 sources de données permettent la variation souhaitée du contenu dans un devis qualitatif (Burns et Grove, 1993; Lincoln et Guba, 1985; Crabtree et Miller, 1992) pour atteindre la saturation théorique des données (Burns et Grove, 1993). Deslauriers (1991) estime que la pertinence et le nombre de données à l'intérieur de l'étude apparaissent plus importantes que le nombre de participants. À cet égard, les données de la présente étude ont été recueillies en deux temps et avec deux instruments différents, faisant ainsi augmenter la quantité et la variété des données relatives à l'événement d'être parents pour la première fois.

L'approche d'inspiration phénoménologique vise, dans cette démarche, à amasser des données provoquées chez les acteurs impliqués directement dans l'événement de la naissance de façon à pouvoir induire le sens des propos tenus par les sujets à l'étude et mieux comprendre ce phénomène (Burns et Grove, 1993; Elder et Miller, 1995; Mayer et Ouellet, 1993). Ce genre de recherche contribue à clarifier une problématique, à mieux la documenter et à élaborer une conceptualisation logique et cohérente à partir des résultats obtenus.

### 3.2 DÉFINITION DES TERMES

- 3.2.1 Un besoin, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, peut se définir de différentes façons. Inspirée des propos de Grenier (1985) et Legendre (1993), nous avons opté pour la définition suivante : *un besoin est un écart décrit par le parent entre sa situation actuelle et la situation souhaitée à la suite de la naissance d'un premier bébé dans un contexte de court séjour hospitalier.*
- 3.2.2 Le terme primiparité convient à une femme qui met au monde son premier bébé (Adam, 1963). Dans cette étude, nous parlerons de «*parents primipares*» pour désigner à la fois une mère et un père vivant en situation de couple et qui en sont tous les deux à leur première expérience de parentage.
- 3.2.3 Il serait approprié de traduire les termes «*early discharge*», tels qu'on les retrouve dans la littérature, par les termes correspondant en français, soit «*congé précoce*». Cependant, les établissements de santé utilisent plutôt l'expression «*court séjour hospitalier*». Un court séjour à l'hôpital se définit concrètement par la sortie de la mère au plus tard 48 heures après son accouchement avec ou sans son bébé (Giancuzzo, 1997; Dalby et al., 1996).

### **3.3 PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS À L'ÉTUDE**

#### **3.3.1 Échantillon**

La méthode d'échantillonnage a pour but de sélectionner des participants en mesure de fournir l'information la plus riche possible sur le phénomène à l'étude (Deslauriers, 1991; Lincoln et Guba, 1985). Connaître la perception qu'ont des parents de leurs besoins en postnatal ne peut se réaliser qu'avec la contribution de ceux qui acceptent de partager leur expérience. Cette étude utilise donc un échantillon de convenance composé de 7 couples; 7 mères et 7 pères répondant aux critères d'admissibilité de la recherche.

#### **3.3.2 Critères d'inclusion**

Certains critères identifiables à la phase prénatale et à la phase postnatale ont été pris en compte lors de la sélection des participantes et participants à cette étude.

##### **3.3.2.1 Critères en prénatal**

Les sujets sélectionnés en prénatal devaient être âgés de plus de 20 ans, vivre en couple, attendre leur premier bébé, résider dans la région 05 et la mère devait prévoir accoucher à Sherbrooke.

### **3.3.2.2 Critères en postnatal**

À la phase postnatale, la mère devait accoucher vaginalement d'un bébé à terme (plus de 37 semaines de grossesse) et en santé. De plus, la mère et l'enfant devaient quitter ensemble l'hôpital au plus tard 48 heures suivant la naissance.

### **3.3.3 Critères d'exclusion**

Tous les sujets qui dérogeaient des critères d'inclusion en pré ou postnatal se voyaient exclus du reste de la démarche de recherche. Par exemple, une mère qui satisfaisait les critères d'admissibilité en prénatal mais qui accouchait de son bébé par césarienne se voyait, avec son conjoint, remplacée par un autre couple.

### **3.3.4 Recrutement**

Le recrutement des 7 couples s'est effectué selon deux modalités possibles : certains couples ont été sélectionnés en prénatal lors du dernier trimestre de grossesse alors que d'autres ont été recrutés directement à l'unité mère-enfant de l'hôpital après la naissance du bébé.

#### **3.3.4.1 Sélection en prénatal**

Les futurs parents ont été sollicités par l'intermédiaire de deux groupes de cours prénataux

ainsi que de deux cliniques médicales de suivi de grossesse bénéficiant d'un fort achalandage. D'une part, la chercheuse a contacté les deux groupes de futurs parents lors des rencontres prénatales afin de leur expliquer le but de l'étude, les grandes lignes du projet ainsi que l'implication attendue de leur part. Une lettre résumant le tout leur a été distribuée à la fin de l'entretien avec les coordonnées nécessaires pour rejoindre la chercheuse s'ils se montraient intéressés (voir annexe I : «Lettre explicative du projet»).

D'autre part, la chercheuse a également pris contact avec deux personnes responsables de l'accueil des clientes aux deux cliniques sélectionnées. Les explications pertinentes du projet leur ont été transmises pour faciliter le recrutement de parents. Par la suite, une lettre d'invitation à participer à l'étude était remise aux mères (ou couples) qui respectaient les critères d'inclusion. Dès que la cliente ou son partenaire répondait à l'appel, un premier contact s'établissait entre les futurs parents et la chercheuse. Cette dernière profitait de l'échange téléphonique pour vérifier leur admissibilité en même temps qu'elle recueillait quelques données sociodémographiques. Au terme de cette première conversation, une entrevue était prévue avec les couples admissibles dans un lieu de leur choix afin que la chercheuse leur explique en détail le projet, réponde à leurs questions et obtienne leur consentement libre et éclairé par écrit (voir annexe II : «Formulaire de consentement»). Les parents participants potentiels prenaient dès lors la responsabilité de contacter la chercheuse dès la venue du bébé pour continuer la démarche.

### **3.3.4.2 Sélection en postnatal**

Étant donné la difficulté de la chercheuse à recruter des parents satisfaisant aux critères de sélection à la période postnatale, une nouvelle stratégie de recrutement a été utilisée. Après avoir obtenu les autorisations nécessaires, la chercheuse a orienté ses démarches vers l'unité mère-enfant de l'hôpital afin de recruter plus rapidement l'échantillon désiré. Ainsi, après avoir procédé à certaines vérifications en lien avec les critères d'inclusion en pré et postnatal, la chercheuse approchait directement la nouvelle mère (ou le couple, selon le cas) pour solliciter sa participation et celle de son conjoint. Un moment leur était accordé pour réfléchir ensemble à la proposition avant de confirmer ou infirmer leur participation.

Le recrutement s'est poursuivi pendant trois mois et demi, soit du mois d'avril au mois de juillet 1997, et ce, jusqu'à l'obtention de l'échantillon désiré au départ, soit 7 couples de parents primipares.

## ***3.4 COLLECTE DES DONNÉES***

Cette section de la méthode se divise en trois parties : le déroulement de la collecte des données, les instruments utilisés et les considérations éthiques sous-jacentes à la présente étude.

### **3.4.1 Déroulement de la collecte des données**

La collecte des données s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, une entrevue à l'aide d'un guide a été faite à l'hôpital dans les 48 heures suivant la naissance avec chaque conjoint séparément. Dans un deuxième temps, chaque parent devait inscrire, dans un journal de bord semi-structuré, les besoins qu'il ressentait pendant les cinq premiers jours suivant le retour à domicile.

#### **3.4.1.1 Déroulement de la collecte des données à l'hôpital**

Lors du contact téléphonique post-accouchement entre le parent et la chercheure, cette dernière planifiait une entrevue individuelle avec les couples admissibles. Selon Lefrançois (1992), l'entrevue face à face est à privilégier lorsqu'il s'agit d'enquêter sur des thèmes plus personnels comme le sont les perceptions. En plus, cette méthode de collecte des données permet d'ajuster le vocabulaire du questionnaire en fonction du niveau de compréhension des sujets pour maximiser la communication.

Ces entrevues, d'une durée de soixante (60) à quatre-vingt-dix (90) minutes, étaient réalisées à partir d'un guide semi-structuré et enregistrées sur bande audio. Ce guide d'entrevue a été élaboré dans le cadre de cette étude à partir des classifications de besoins identifiées dans la littérature, pour être ensuite soumis à l'expertise d'un groupe Delphi pour en valider le contenu. Toute la procédure entourant la technique Delphi fait l'objet de la prochaine section



portant sur les instruments de la collecte des données.

Une entrevue semi-dirigée effectuée avec un guide comporte de nombreux avantages. Pour Wotton (1992), cette façon de faire permet de se centrer sur le sujet plus rapidement et plus spécifiquement, en évitant les redites et le manque de structure. En même temps que le guide assure un certain encadrement, il permet également, par ses questions ouvertes, l'émergence de nouveaux contenus pouvant ajouter à la connaissance du phénomène à l'étude (Rocheleau et al., 1989).

Au terme de chaque entrevue, la chercheure remettait individuellement aux parents un journal de bord à compléter en leur expliquant la procédure à suivre. Ces journaux de bord, remplis pendant cinq jours à la maison, poursuivaient l'investigation des besoins des nouveaux parents au-delà de leur séjour à l'hôpital.

#### **3.4.1.2 Déroulement de la collecte des données à domicile**

De retour à leur domicile, les parents devaient, chaque fois qu'ils ressentaient un besoin, l'inscrire dans leur journal de bord, et ce, pendant cinq jours consécutifs. La chercheure, de son côté, devait contacter à nouveau les parents par téléphone deux à trois jours après leur sortie du centre hospitalier. D'une part, elle vérifiait, s'il y avait des questionnements vis-à-vis l'utilisation du journal de bord et le cas échéant, y répondait. D'autre part, elle prévoyait avec les parents une rencontre de couple, à domicile. Cette dernière comptait trois questions

ouvertes très larges, adressées aux membres du couple, sur leur expérience de nouveaux parents depuis leur retour chez eux avec leur bébé. La chercheuse enregistrait cette rencontre avec l'accord préalable des parents, puis répondait à leurs questions avant de récupérer les journaux de bord aux fins d'analyse.

Le contenu de l'entrevue à l'hôpital ainsi que les écrits des journaux de bord des deux parents constituent les principales sources de données de cette étude. Le formulaire des renseignements sociodémographiques ainsi que l'entrevue synthèse enregistrée à domicile après l'accouchement représentent une deuxième source de données. Ces données, moins approfondies que les précédentes, jouent néanmoins un rôle pour documenter le vécu et le contexte des parents participants.

### **3.4.2 Instruments de la collecte des données**

Trois outils ont servi pour la collecte des données : une fiche de renseignements sociodémographiques, un guide d'entrevue semi-dirigé et finalement, un journal de bord.

#### **3.4.2.1 Fiche de données sociodémographiques**

Une fiche de données sociodémographiques a pour but de recueillir des renseignements sur les caractéristiques des sujets comme leur âge, leur degré de scolarité, leur occupation (voir annexe III : «Fiche de données sociodémographiques»).

L'élaboration de cette fiche a été inspirée d'un modèle produit lors d'une étude antérieure portant sur l'habilitation aux compétences parentales (Paul et al., 1995). Des modifications lui ont été apportées pour la rendre pertinente à la présente étude et la nouvelle forme a été prétestée auprès de deux couples présentant les mêmes caractéristiques que les couples du groupe cible.

### **3.4.2.2 Guide d'entrevue**

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, le guide d'entrevue a été élaboré spécifiquement pour cette recherche en s'inspirant des écrits scientifiques portant sur les besoins des nouveaux parents. Pour s'assurer de la pertinence et de la validité de contenu des thèmes abordés, la chercheuse a remis une ébauche du questionnaire à des experts en périnatalité formant un groupe Delphi, les invitant à modifier au besoin le contenu du questionnaire en fonction de l'objectif de la recherche. La technique Delphi permet de recueillir les opinions et le jugement d'un groupe d'experts sans pour cela devoir les rassembler (Mayer et Ouellet, 1991; McKenna, 1994). Un tel procédé vise à maximiser le potentiel de l'information à explorer (Jones et Hunter, 1995; Pope et Mayes, 1995).

Au total, 13 experts ont été choisis en fonction de leurs connaissances et de leurs expériences dans le domaine de la périnatalité pour juger de la pertinence du guide d'entrevue proposé dans l'étude. Parmi eux, se trouvent deux couples de parents dont l'unique enfant est âgé d'à peine quelques mois, une responsable d'un service communautaire d'aide aux nouveaux

parents ainsi que 8 professionnels de la santé : une chercheure, une professeure, une infirmière clinicienne spécialiste, 2 médecins et 4 infirmières oeuvrant en centre hospitalier ou en santé communautaire.

Un certain nombre d'auteurs font état de la procédure de la technique Delphi (Everett, 1993; Jones et Hunter, 1995; McKenna, 1994; Pineault et Daveluy, 1986; Williams et Webb, 1994) et son exécution comporte plusieurs étapes. Dans cette étude, la démarche auprès du groupe d'experts s'est déroulée en cinq étapes : envoi de la première version du guide, analyse des commentaires, composition d'une seconde version et soumission de cette version aux experts, deuxième analyse des remarques de chaque participant et adoption de la version finale.

De façon plus précise, la première version du guide d'entrevue est d'abord postée à chaque expert pour obtenir leurs commentaires et opinions. Lors de ce premier envoi, les juges sélectionnés disposent de quatre documents leur permettant de clarifier le but de l'étude et leur rôle: une lettre explicative résumant la recherche, une liste de recommandations d'usage pour effectuer la tâche, le guide d'entrevue proprement dit «*première version*» et la grille d'évaluation du guide servant à inscrire les accords, les désaccords, les modifications et les suggestions proposées.

La chercheure a ensuite analysé les propos des experts concernant la première version du guide et a composé une seconde version, avec l'aide des directrices de la recherche, en tenant

compte de ceux-ci. Dans le cadre de notre étude, plus de la moitié des questions élaborées à la première version du guide faisaient déjà l'unanimité chez les juges. De plus, les suggestions d'amélioration se rejoignaient beaucoup entre elles.

Une version retravaillée a été envoyée de nouveau par courrier à l'ensemble des évaluateurs afin d'obtenir encore une fois leur point de vue. L'analyse des commentaires des experts a été faite après réception, comme elle avait été effectuée avec la première version du guide.

Deux envois à l'ensemble des experts ont été nécessaires pour arriver à un consensus tant sur les plans de la forme de la présentation, du nombre de questions que du contenu. Seules des modifications au plan du langage ont été apportées au terme de la procédure tel que le recommandaient un certain nombre d'évaluateurs.

Ce guide d'entrevue a, par la suite, fait l'objet d'un prétest auprès de deux couples de parents primipares présentant les mêmes caractéristiques que les sujets à l'étude.

La version finale du guide d'entrevue est composée de 13 questions ouvertes, certaines comportant des sous-questions pour mieux préciser le contenu, par exemple : *«en tant que nouveaux parents, quels sont les plus grands besoins que vous ressentez ?»* a) au niveau physique b) au niveau psychologique c) au niveau du soutien e) au niveau éducationnel f) ou autre (voir annexe IV : «Énumération des thèmes abordés dans le guide d'entrevue»).

### 3.4.2.3 Journal de bord

Le journal de bord est une stratégie pour recueillir de l'information individuelle au sujet d'une expérience (Denzin et Lincoln, 1994). Cet outil permet aux personnes participantes d'écrire ce qu'elles vivent au moment où se produit l'événement. Le journal de bord peut susciter également la réflexion et refléter le sens profond de l'expérience vécue (Denzin et Lincoln, 1994; Lauterbacks et Becker, 1996). Certaines auteures qui ont une vaste expérience de recherche auprès des nouveaux parents affirment que le journal de bord est supérieur à l'entrevue pour amasser des données en lien avec le vécu quotidien (Pridham, Andrey, Chang et Hanser, 1987).

Un journal de bord a été remis par la chercheure à chaque parent participant à la suite de l'entrevue qui s'est déroulée à l'hôpital. Pendant les cinq jours suivant le retour à leur domicile, les parents devaient y inscrire individuellement leurs besoins. Le journal de bord présentait en préliminaire, la définition d'un besoin au sens large avec ses différentes dimensions et des directives résumant la démarche à suivre. Chaque jour était représenté sur une page 8½ x 14 avec des thèmes inspirés du guide d'entrevue utilisé à l'hôpital. Ainsi, chaque sujet devait noter quotidiennement ses questions, ses difficultés, ses besoins, l'aide la plus utile qu'il (elle) avait reçue et l'aide qu'il (elle) aurait aimé avoir. La dernière page du journal laissait place à la réflexion et aux commentaires des parents sur leur vécu (voir annexe V: extrait du journal de bord).

L'identification des besoins des parents à la maison à l'aide d'un journal de bord se veut complémentaire à l'entrevue faite à l'hôpital afin d'enrichir l'investigation. Le journal de bord vient préciser les besoins des nouveaux parents dans leur contexte réel de vie, où se font les adaptations nécessaires à l'exercice du rôle de parents. Cet instrument apporte, de ce fait, un éclairage direct et précieux sur l'expérience quotidienne des parents après leur retour à domicile, et ce, toujours dans un contexte de court séjour hospitalier.

### **3.4.3 Considérations éthiques**

Les considérations éthiques qui ont prévalu dans cette étude comportent trois dimensions aussi importantes l'une que l'autre.

D'abord, l'obtention d'un consentement libre et éclairé de chaque sujet s'avérait essentiel. Les parents ont donc signé un formulaire de consentement après avoir reçu de la chercheuse toutes les explications concernant le but de l'étude, son déroulement et l'implication attendue de leur part (Britten et al., 1995; Denzin et Lincoln, 1994; Léonard, 1994).

Par respect et par souci pour l'intégrité de la personne, une partie du formulaire de consentement à l'étude stipulait que chaque personne pouvait se désister en tout temps et sans préjudice si elle le désirait.

De plus, chaque sujet a été informé par la chercheuse du caractère confidentiel des données

et du fait que le matériel serait toujours traité sous le couvert de l'anonymat. Seule la chercheuse était en mesure d'associer les données avec le nom des personnes. Les bandes audio des entrevues ont été gardées en sécurité et les parents interviewés ont été informés, dès le départ, que les résultats de l'étude seraient toujours publiés sans mentionner leur nom.

La présente étude a aussi reçu l'approbation du Comité de déontologie de la recherche chez l'humain de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et du Centre universitaire de santé de l'Estrie (voir annexe VI : lettre d'approbation du Comité de déontologie de la recherche chez l'humain de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et du Centre universitaire de santé de l'Estrie).

### ***3.5 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES***

La présente étude utilise deux types d'analyse, l'une qualitative et l'autre statistique descriptive. Dans un premier temps, l'analyse qualitative permet d'identifier les perceptions des parents primipares de leurs besoins et dans un deuxième temps, l'analyse statistique descriptive vient illustrer chacun de ces besoins par fréquence d'apparition pour relativiser ces besoins les uns par rapport aux autres.

Cette partie de chapitre se consacre plus spécifiquement à décrire le traitement et les étapes de l'analyse des données issues de la recherche. La méthode d'analyse qualitative de contenu adoptée s'inspire de Bell (1996), de L'Écuyer (1990) et de St-Cyr (1994).



Au terme de cette section, nous expliquons brièvement l'analyse statistique descriptive effectuée pour identifier l'importance relative de chacun des besoins des pères et des mères à l'étude.

### 3.5.1 Analyse qualitative de contenu

Comme nous l'avons précisé auparavant, nous avons considéré, comme données primaires, les propos des parents tenus lors de l'entrevue à l'hôpital enregistrés sur bande audio ainsi que le contenu des journaux de bord remplis à la maison durant 5 jours. La méthode d'analyse de contenu utilisée s'est avérée utile pour déterminer la signification exacte du message des parents en regard de leurs besoins. L'Écuyer (1990) définit l'analyse de contenu comme étant :

*«Une méthode scientifique, systématisée et objectivée de traitement exhaustif de matériel très varié : elle est basée sur l'application d'un système de codification conduisant à la mise au point d'un ensemble de catégories dans lesquelles les divers éléments du matériel analysé sont systématiquement classifiés (...)».* (P.120).

Ce même auteur propose trois modèles de catégorisation possibles : les modèles A, B et C. Dans le modèle «A» (ouvert), le chercheur n'élabore aucune catégorie *à priori* et il laisse émerger des catégories à même le matériel à analyser (catégories induites). Le modèle «B», appelé aussi fermé, fait référence à une classification prédéterminée par le chercheur avant toute analyse. Ces catégories sont dites fixes et immuables en cours de processus. Le modèle «C» (mixte) correspond, pour sa part, à un modèle plus souple où coexistent les deux précédents modèles (A et B). Dans ce modèle, le chercheur élabore un premier niveau de

classification pour guider son observation (inspiré du modèle B) tout en gardant la latitude d'induire ou de modifier en cours de route, la catégorisation proposée (inspirée du modèle A). Pour la présente recherche, le modèle C nous a semblé le choix logique pour réaliser le but de l'étude.

Une classification prédéterminée basée sur les écrits scientifiques a servi, d'une part, à l'élaboration des questions du guide d'entrevue semi-structuré et, d'autre part, à orienter les premières ébauches d'analyse portant sur les besoins des parents. Le nouveau matériel provenant du discours des sujets est venu enrichir et bonifier la classification initiale au fur et à mesure de la démarche d'analyse. La catégorisation plus ouverte du modèle C a laissé l'opportunité à la chercheuse d'accéder à un contenu plus intimiste et plus réel, qui ajoute au caractère théorique souvent plus abstrait du phénomène à l'étude. Selon Van der Maren (1991), c'est le juste milieu entre le modèle A et B qui reflète le mieux la réalité soit le modèle C ou mixte. La classification finale des besoins des parents à l'étude résulte de l'analyse de contenu utilisée dans la présente recherche.

L'élaboration de la procédure d'analyse qualitative s'inspire de nombreux écrits dont ceux de Bardin (1991), de Crabtree et Miller (1992), de Deslauriers (1991), de L'Écuyer (1990), de St-Cyr (1994) et de Van der Maren (1987, 1991).

La démarche inhérente à l'analyse qualitative comporte une succession d'étapes qui ont comme but d'analyser les données recueillies de façon exhaustive et d'arriver à une

catégorisation. Selon St-Cyr (1994), une procédure d'analyse stricte contribue à rendre l'analyse qualitative de contenu rigoureuse. Dans la présente étude, six étapes ont été suivies de façon systématique : la saisie des données, l'élaboration d'une grille de catégorisation, la validation de cette première version, la codification du contenu, la validation interne et externe de la grille de catégorisation et l'élaboration de la grille de catégorisation finale.

### **Étape 1 :     *Saisie des données***

La collecte des données effectuée dans le cadre de cette étude a permis d'amasser, aux fins d'analyse, quatorze (14) enregistrements audio d'entrevues individuelles provenant de 7 couples faites à l'hôpital et onze (11) journaux de bord remplis à domicile par les participantes et participants durant les cinq premiers jours suivant la sortie de l'hôpital.

Les enregistrements furent doublés par mesure de protection du matériel, ensuite ils furent transcrits en données manuscrites (verbatim). Pour assurer la confidentialité et l'anonymat des données, la chercheuse a dénominalisé le matériel en codant chacune des cassettes et des protocoles transcrits. Ainsi, seule la chercheuse principale pouvait faire le lien entre les données recueillies et les sujets à l'étude, par exemple : «C<sub>2</sub>M» correspondant à la mère (M) du deuxième (2) couple interviewé (C) par la chercheuse.

La transcription intégrale (mot à mot) de tout le contenu des entrevues (17 heures d'entretien) a été effectuée par la chercheuse elle-même pour mieux prendre possession du

matériel analyser. Au total, 188 pages de format 8½ x 14 avec un espace laissé dans la marge pour permettre plus tard le codage des données. Ainsi, la chercheure a relu à plusieurs reprises le contenu des données manuscrites afin de vérifier la fidélité de la transcription et également de s'imprégner du discours global des parents avant toute catégorisation.

## **Étape 2 :     *Première ébauche de la grille de catégorisation***

Pour dépasser le sens général du texte (étape 1), il faut arriver à extraire du matériel brut les segments du discours porteurs de signification. Pour ce faire, la chercheure a construit, en lien avec les écrits scientifiques, une grille générale de classification guidant son observation des données.

Le nom «rubrique» a été donné à ces thèmes qui ont servi de cadre de base provisoire aux premières ébauches de classification par rapport aux besoins des nouveaux parents. Bien que ces rubriques ne soient pas définitives, elles ont permis un premier ordonnancement du corpus des données en les rassemblant par analogie sous quatre grandes classes : besoins physiques, besoins psychologiques, besoins sociaux et besoins éducationnels.

Quatre entrevues (deux couples) ont fait l'objet de ce premier niveau d'analyse. Cette étape a révélé que la catégorisation initiale manquait de précision pour assurer la classification des extraits de verbatim considérés significatifs à l'étude. En vue de raffiner la grille de départ,

des dimensions ont été ajoutées aux rubriques à la suite du regroupement de données ayant un sens commun. Ainsi, les «unités de sens» ont été codées et classées par thème (rubrique préexistante) ensuite, reclassées à l'intérieur d'une catégorie s'y rapportant. Les catégories apportent une spécification de plus aux signifiés qu'elles représentent.

C'est ainsi qu'au fur et à mesure de l'analyse, la grille initiale a subi des modifications pour devenir plus précise en regard des manifestations de besoins exprimés par les parents à l'étude.

### **Étape 3 :      *Validation de la première version de la grille de catégorisation***

Après avoir été raffinée (étape 2), la grille de catégorisation a été validée auprès de deux juges avant l'analyse du reste des données manuscrites. Ainsi, la chercheuse a objectivé sa démarche en faisant vérifier à nouveau l'analyse des quatre entrevues par deux personnes qui ont une grande expérience en analyse interactionnelle et en recherche qualitative. La chercheuse et les deux juges ont travaillé de façon indépendante à l'analyse des entrevues avant de partager leurs commentaires et opinions. Par la suite, les désaccords, en lien avec l'analyse des données à partir de la grille présentée, ont été discutés et des modifications ont été apportées pour rendre la grille plus à l'image du contenu des discours. Tous les changements imposés à la grille «première version» l'ont été par consensus entre les trois chercheuses.

La validation de la première version de la grille de catégorisation a fait naître un troisième niveau de classification appelé «sous-catégorie» (Van der Maren, 1991). Selon Mucchielli (1991), la sous-catégorie décrit le signifié qu'elle nomme, c'est-à-dire, qu'elle vient représenter encore plus spécifiquement le besoin exprimé par le parent. Aussi, pour rendre le tout plus concret, on pourrait dire que la rubrique représente, par exemple, les besoins physiques, la catégorie, le besoin de repos et la sous-catégorie, le besoin de sommeil.

#### **Étape 4 :      *Codification du contenu***

Une fois la grille d'observation provisoire élaborée avec plus de précision (étape 3), la chercheuse a continué de traiter l'ensemble du matériel en lui apposant un «code».

Le codage correspond à une transformation effectuée selon des règles précises des données brutes du texte. Cette transformation, par découpage, permet d'aboutir à une représentation du contenu. L'aspect fondamental de cette recherche met l'accent sur le point de vue des nouveaux parents qui s'expriment sur leurs besoins. Conséquemment, le choix de l'unité de codification qui s'impose est porteur de «l'unité de sens» de la signification du message.

L'organisation du codage comprend le repérage et le codage des unités significatives jugées intéressantes pour l'objet de l'étude. Ainsi, on appose une marque, une étiquette aux segments importants du discours selon la classification proposée dans la grille d'analyse (Bardin, 1991; Van der Maren, 1991). Aussi, pour cette étude, chaque unité de sens s'est vue

attribuer une marque alphanumérique (un code) correspondant en premier lieu à la rubrique, puis à la catégorie et finalement à la sous-catégorie à laquelle l'unité appartenait. L'extrait du verbatim (M<sub>3</sub>12) de la mère 3 à la page 12 se lit comme suit : «...*moi j'me dis, j'veux dormir...*». Le code correspondant à cet exemple se traduit par (B. Ph. Rpo. Som) :

B. Ph :    besoin physique (rubrique)

Rpo :       besoin de repos (catégorie)

Som :       besoin de sommeil (sous-catégorie)

Cette façon de codifier s'inspire du modèle de codification de Van der Maren (1991).

Lorsqu'une unité de sens ne correspondait pas à la catégorisation préétablie, la chercheuse en discutait avec ses directrices, puis ajoutait à la grille des dimensions nouvelles pour bien saisir l'ensemble des besoins des parents. En effet, le modèle C de L'Écuyer (1990) permet l'ajout de d'autres classifications en cours d'analyse. Selon Morgan (1993), le fait d'induire de nouvelles classes, au besoin, oblige la chercheuse à demeurer toujours à l'affût de nouvelles informations pour ajouter au matériel déjà identifié.

Pour augmenter la rigueur de la démarche de codification, il faut employer les codes avec constance et uniformité (Sandelowski, 1995). Pour ce faire, la chercheuse a créé un «*répertoire de définitions*» des thèmes relatifs aux différentes rubriques, catégories et sous-catégories comprises dans la grille de catégorisation. L'élaboration d'un lexique a aussi été nécessaire pour rassembler les codes utilisés et leur signification. Cette façon de procéder a permis de s'assurer de l'uniformité de la procédure de codage et s'est avérée fort utile lors

de la validation de la grille auprès des juges externes à la recherche. Durant tout le processus de la codification, la chercheure a fait le point régulièrement, avec ses directrices, sur les décisions à prendre concernant la catégorisation et les définitions. Le «*répertoire des définitions*» a, de ce fait, été révisé et objectivé chaque fois dans le même sens. Chacune de ces définitions se retrouve décrite au chapitre des résultats.

Seul le matériel sur les besoins des parents en postnatal a été codé. Toutes manifestations de besoin lors de la grossesse ou de l'accouchement ont été exclues de la codification.

#### **Étape 5 :      *Validation interne et externe de la grille de catégorisation***

La codification a été effectuée par la chercheure pour l'ensemble du corpus des données en tenant compte des remarques des deux directrices au fil de l'analyse (étape 4). Au terme de la démarche, une validation globale du matériel codé a été effectuée par les directrices de la recherche. Cette procédure évite, selon Mucchielli (1991), le biais d'interprétation subjective du contenu à analyser. Ainsi, deux entrevues et un journal de bord ont été remis pour co-codage aux deux directrices à l'insu de la chercheure principale pour éviter le biais de performance possible des écrits à évaluer (Mucchielli, 1991).

Pour diminuer le risque d'un biais dans le processus de codification à l'intérieur de l'équipe constituée de la chercheure principale et des deux directrices, nous avons fait appel à un juge externe ayant une expérience en analyse qualitative afin qu'il procède au contre-codage des



données. Lincoln et Guba (1985) recommandent le recours à des juges externes dans le processus de la recherche pour en assurer une plus grande neutralité. Aussi, certains auteurs estiment que d'augmenter le nombre de juges au moment du co-codage renforce la consistance interne de la recherche (Garvin, Kennedy, Gissna, 1988).

En fait, 32 % de l'ensemble du matériel analysé a été choisi au hasard et remis à l'expertise du juge externe, soit quatre entrevues et quatre journaux de bord. Selon L'Écuyer (1990), un co-codage de 30 % du matériel est habituellement reconnu comme satisfaisant.

Un consensus a été obtenu sur la codification des données. Des modifications mineures furent apportées à la terminologie utilisée dans la grille et certaines définitions ont dû être précisées pour une meilleure compréhension.

#### **Étape 6 :     *Grille de catégorisation finale***

Les étapes précédentes de l'analyse de contenu ont mené à l'élaboration d'une grille catégorielle plus étoffée et plus complète. Les définitions de chaque classification sont devenues, au fur et à mesure, plus objectives et plus représentatives des extraits du verbatim tirés des entrevues des parents et de leurs journaux de bord.

En tout, huit versions de la grille ont été nécessaires pour arriver à reconnaître l'ensemble des indices verbaux (entrevues) et écrits (journaux de bord) des besoins des nouveaux parents

à la période postnatale immédiate. La grille finale comprend trois (3) rubriques, huit (8) catégories et vingt-huit (28) sous-catégories (voir chapitre IV) servant à représenter les extraits de verbatim qui se rapportent aux besoins exprimés par les parents de l'étude.

En résumé, le processus d'analyse qualitative a débuté avec l'identification d'énoncés significatifs par rapport à la perception des parents de leurs besoins et se termine par une organisation de ces énoncés pour donner le sens au message. L'analyse de contenu effectuée en six (6) étapes a mené à l'élaboration d'une grille décrivant les besoins exprimés par les parents primipares en postnatal immédiat dans le cadre d'un court séjour hospitalier.

### **3.5.2 Analyse statistique descriptive**

Une fois l'analyse qualitative terminée, le matériel est prêt pour une analyse descriptive des besoins exprimés par les parents. Ce deuxième type d'analyse vient illustrer et démontrer le degré d'importance accordé par les parents à chacun de leurs besoins. Des pourcentages et des calculs de fréquences ont, à cet égard, été effectués pour chaque besoin afin de mieux relativiser les besoins les uns par rapport aux autres (Bardin, 1991).

Selon certains auteurs, il importe de quantifier les contenus codifiés afin de mettre en évidence les relations entre les différentes classifications de la grille (Van der Maren, 1987) ou bien pour hiérarchiser les regroupements de la catégorisation (Mucchielli, 1991). Des tableaux ont été construits en ce sens pour représenter chaque besoin (sous-catégorie)

exprimé par les sujets afin de mieux les comparer et les interpréter par la suite.

L'Écuyer (1990) et Mucchielli (1991) affirment qu'il existe une relation entre la fréquence d'apparition d'un énoncé et son degré d'importance. Toutefois, il faut nuancer cette conception puisque dans la réalité vécue, ce ne sont peut-être pas les besoins les plus importants qui sont les plus fréquemment mentionnés.

Pour s'assurer d'une plus grande objectivité lors de l'interprétation des résultats, la chercheuse principale a conçu une stratégie d'analyse qui met en lien trois données permettant de relativiser les besoins exprimés par les parents à l'étude :

- 1) La fréquence d'expression de chaque besoin (sous-catégorie représentative du signifié).
- 2) Le nombre de personnes (sur 14 ou sur 7 selon le cas) ayant formulé un besoin dans chaque sous-catégorie donnée.
- 3) La réponse à la question du guide d'entrevue à l'hôpital : *«Quels sont les besoins les plus importants pour vous en ce moment ?»*.

### **3.6 CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ**

Selon Lincoln et Guba (1985), l'évaluation d'une approche méthodologique à devis qualitatif doit se rapporter à un ensemble de critères scientifiques. Le respect de ces critères témoigne de la rigueur dans la recherche et de la crédibilité des résultats obtenus. La crédibilité, la

transférabilité, la fiabilité et la fidélité sont essentielles à toute démarche qualitative pour s'assurer d'une confiance et d'une validité scientifique.

Tout au long de la présente étude, la chercheuse s'est souciee d'entretenir de la rigueur dans la démarche en vérifiant périodiquement la conformité à ces critères. Ainsi, au fur et à mesure du processus, certaines actions ont été posées pour s'assurer du respect de ces critères.

### **3.6.1 Crédibilité**

La crédibilité d'une recherche se réfère au caractère vrai des résultats et à l'interprétation subséquente du matériel analysé (Laperrière, 1994).

L'analyse qualitative de contenu en six étapes d'élaboration a démontré la préoccupation constante de la chercheuse de représenter fidèlement les propos tenus par les parents à l'étude. Les nombreuses vérifications et validations (internes et externes) de la grille ainsi que les discussions continuelles entre la chercheuse et ses directrices de recherche renforcent cette affirmation.

### **3.6.2 Transférabilité**

Sandelowski (1995) déclare que l'objectif d'un chercheur dans une étude qualitative est

d'arriver à comprendre une expérience individuelle tellement à fond qu'il lui serait possible de transférer cette expérience à celle du groupe auquel il appartient.

La transférabilité consiste à reporter les résultats obtenus dans une étude à d'autres contextes similaires. Pour ce faire, l'on pourrait utiliser la grille de catégorisation finale dressant un portrait des besoins physiques, psychologiques et de soutien des pères et des mères primipares en postnatal immédiat et la reprendre dans des contextes semblables comme par exemple, dans un autre centre qui présente la cohabitation et le court séjour hospitalier.

### **3.6.3 Fiabilité**

La fiabilité se réfère à la probabilité de reproduire un dispositif de recherche dans des conditions spécifiées et pendant une période de temps déterminée. Pour y arriver, il faut donc *à priori* une démarche de recherche détaillée, précise et transparente pour permettre à d'autres chercheurs de la reproduire s'ils se montraient intéressés.

La description claire et précise de la méthode d'échantillonnage, de la collecte des données, de l'instrumentation utilisée et des étapes de l'analyse qualitative de contenu augmente la fiabilité de cette recherche et sa rigueur. Le lexique et le répertoire de définitions concernant la grille de catégorisation sont d'autres mesures qui ont été prises pour s'assurer de l'uniformité et de la transparence dans la démarche.

#### **3.6.4 Fidélité**

Une recherche est dite «fidèle» dans la mesure où l'on peut discuter des résultats obtenus en lien avec des écrits sur le sujet (Laperrière, 1994).

Les résultats de cette étude et la discussion correspondante font l'objet du prochain chapitre.

Nous verrons comment les résultats obtenus s'accordent avec les études antérieures, mais aussi comment ils en divergent.

---

## *Chapitre IV*

# *RÉSULTATS ET DISCUSSION*

---

Ce chapitre porte sur la présentation et l'analyse des résultats. Dans un esprit de cohésion et de continuité, nous exposons ces résultats à l'intérieur de trois sections.

La première section dresse un profil des couples de parents participant à l'étude. La deuxième section présente, par bloc, les résultats de l'analyse qualitative de contenu liée aux besoins des mères et des pères exprimés à l'hôpital lors de l'entrevue et à leur domicile dans les journaux de bord. Dans chaque bloc, nous définissons une rubrique (ex.: besoins physiques) avec ses classes (catégories et sous-catégories); ensuite, nous illustrons dans un graphique descriptif, la fréquence d'apparition de tous les besoins inclus dans cette rubrique avant d'amorcer la discussion en lien avec les écrits antérieurs. La troisième section permet de boucler la discussion et d'accéder à une vue plus globale des résultats de l'analyse qualitative et de l'analyse descriptive. De plus, nous donnons un aperçu des éléments ressortant de l'entrevue synthèse menée à domicile avec les couples.

Nous terminons le chapitre en identifiant les forces et les limites de la présente étude.



#### ***4.1 PROFIL DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS***

Lors du recrutement des sujets à l'étude, une fiche de données sociodémographiques a été complétée. Ces renseignements précisent les caractéristiques des sujets à l'étude et celles des sujets qui ont dû être exclus en cours de processus. En tout, 17 couples de parents d'un premier bébé ont été impliqués dans le processus de sélection, mais seulement sept couples ont participé jusqu'à la fin de l'étude. De ces parents, 4 couples ont été recrutés par les rencontres prénatales. Il est à noter qu'aucune famille ciblée par les deux cliniques médicales impliquées dans le recrutement n'a satisfait aux critères postnataux d'admissibilité à la recherche. Les 3 autres couples recrutés, cette fois en postnatal, l'ont été à l'unité mère-enfant du site Fleurimont du Centre universitaire de santé de l'Estrie. Il n'y a eu aucune attrition, les couples exclus (10) l'ont été conséquemment au fait qu'ils ne remplissaient plus les critères d'inclusion après l'accouchement en raison de complications ou autres, par exemple : un accouchement par césarienne (3), un séjour à l'hôpital de plus de 48 heures (3).

Les caractéristiques recueillies auprès des mères et des pères portent sur leur âge, leur niveau de scolarité, le revenu familial et la participation ou non du couple à des rencontres prénatales. À ces informations s'ajoutaient, pour les mères participantes, des données concernant leur expérience durant le travail (sa durée et sa spontanéité) et l'accouchement (type, emploi d'anesthésie, utilisation de forceps ou ventouse, présence de déchirure ou épisiotomie). Les complications pour la mère et l'enfant en postnatal ont aussi été documentées ainsi que le mode d'allaitement adopté par les parents. Tous ces

renseignements nous ont permis de dresser un profil des parents participants.

#### 4.1.1 Caractéristiques des participantes et participants

Le tableau qui suit illustre l'ensemble des caractéristiques prises en compte chez les sujets à la phase prénatale : 1) l'âge; 2) la scolarité (U = universitaire, C = collégial, S = secondaire); 3) le revenu familial; 4) la participation à des cours prénataux.

**Tableau I**  
**Caractéristiques des participantes et participants**

	Âge	Scolarité	Revenu familial	Cours prénataux
<b>COUPLE 1</b>	M = 27 P = 30	U U	60 000 \$ et +	oui
<b>COUPLE 2</b>	M = 34 P = 32	U C	60 000 \$ et +	oui
<b>COUPLE 3</b>	M = 27 P = 27	C U	40 000 \$ et +	oui
<b>COUPLE 4</b>	M = 25 P = 26	C C	30 000 \$ - 39 000 \$	oui
<b>COUPLE 5</b>	M = 28 P = 54	C U	40 000 \$ et +	non
<b>COUPLE 6</b>	M = 32 P = 31	S S	20 000 \$ - 29 000 \$	non
<b>COUPLE 7</b>	M = 31 P = 26	U U	40 000 \$ et +	non

La moyenne d'âge des mères se situe à vingt-neuf ans ( $\bar{X} = 29$  ans) et celle des hommes à trente-deux ans ( $\bar{X} = 32$  ans). Fait à remarquer concernant l'âge des sujets à l'étude, 3 pères (couples 2,6,7) sur sept sont moins âgés que leur conjointe et un père (couple 5) a près du double de l'âge de sa partenaire.

Le niveau de scolarité des participants (es) est très élevé. Professionnels en grande majorité, 3 mères et 4 pères possèdent une formation universitaire. Le revenu familial semble proportionnel à la scolarité des parents participants. Ainsi, tous les couples dont l'un des partenaires déclare avoir une formation universitaire bénéficient d'un revenu de plus de 40 000 \$ par année. Dans l'ensemble des couples participants, seules deux mères (3 et 5) ne travaillent pas à l'extérieur et, par conséquent, ne génèrent aucun revenu. Le tableau qui précède illustre comment les familles sélectionnées sont favorisées socialement.

#### **4.1.2 Caractéristiques des non-participantes et non-participants**

Le portrait des sujets exclus en court d'étude, puisqu'ils ne satisfaisaient pas les critères d'inclusion en postnatal, semble différent. Ces couples de parents, dix (10) au total, étaient plus jeunes ( $M = X = 23$  ans et  $P = X = 24$  ans) et la moitié avait un revenu familial sous le seuil de la pauvreté. Certains vivaient de la sécurité d'emploi et d'autres, d'un emploi générant de très faibles revenus. Deux couples (2/10) faisaient l'objet d'un suivi infirmier particulier en cours de grossesse dans le cadre du «*programme OLO*» (programme de suppléments alimentaires distribués dans le cadre de visites à domicile effectuées par une

intervenante ou intervenant en sciences infirmières ou en service social). Ces constatations ont amené la chercheur à réfléchir aux liens entre la pauvreté et les complications périnatales. Des recommandations pour la recherche future sont, à cet égard, proposées lors de la conclusion.

#### 4.1.3 Caractéristiques liées au travail et à l'accouchement des participantes

Le tableau II présente les caractéristiques en lien avec le travail et l'accouchement des 7 mères à l'étude.

**Tableau II**

**Caractéristiques liées au travail et à l'accouchement des participantes**

Temps grossesse	Durée du travail	Anesthésie	Complications mère	Complications bébé	Allaitement
37 à 41 semaines	2 à 22 heures ( $\bar{X}$ = 10 h 25)	Aucune (2) Bloc honteux (1) Épidurale (4)	Hyperthermie (1) Ventouse (2) Forceps (1) Déchirure (7) Épisiotomie (1) Hémorroïdes (4)	Perte de plus de 10 % de son poids (1) Aspiration du liquide amniotique (1) Apgar à 6-8 à la naissance (1)	Maternel 7/7 à la naissance 6/7 au congé de l'hôpital

Ces résultats montrent comment les événements liés au travail et à l'accouchement sont uniques et variables d'une mère à l'autre. Un des faits montre que la durée de travail moyen

à l'accouchement se situe à environ dix (10) heures, ce qui peut, selon nous, avoir un impact sur l'expression des besoins des mères primipares en postnatal. De plus, on remarque que toutes les mères ont subi une déchirure soit vaginale ou périnéale lors de la naissance, ce qui pourrait aussi, en l'occurrence, influencer les besoins de soins ressentis en postpartum par ces mères.

Au-delà de ce tableau, il paraît approprié de spécifier que 3 mères sur 7 ont bénéficié d'un suivi postnatal de quelques semaines. Ainsi, après la collecte des données de la présente recherche, 2 mères ont été vues par une infirmière du C.L.S.C. pour du soutien aux rôles parentaux et une par une bénévole d'une ressource d'aide aux parents pour de l'écoute.

Ayant dressé le profil des caractéristiques sociodémographiques servant de contexte à l'étude, nous présentons les résultats issus de l'analyse qualitative de contenu et de l'analyse statistique descriptive, portant sur les besoins des mères et des pères primipares en postnatal immédiat lors d'un court séjour hospitalier.

## ***4.2 ANALYSE QUALITATIVE DE CONTENU DES ENTREVUES ET DES JOURNAUX DE BORD PORTANT SUR LES BESOINS DES PARENTS PRIMIPARES***

Avoir un bébé est un événement intense et profond à la fois qui produit bien des remous dans la vie quotidienne et occasionne bien des tourments aux nouveaux parents. Face à ce monde de la maternité et de la paternité, plusieurs parents éprouvent de nombreux besoins.

L'analyse qualitative de contenu a permis de scruter à fond le contenu des entrevues faites séparément avec 7 pères et 7 mères (N = 14) ainsi que celui de 11 journaux de bord remplis à domicile par chaque parent. Les conjoints du couple 6 n'ont pu compléter leur journal de bord en raison d'une trop grande quantité de travail à leur domicile avec le bébé. Ce dernier pleurait beaucoup, l'allaitement n'allait pas très bien, les parents dormaient très peu et n'avaient plus de temps ni d'énergie à consacrer à remplir leur journal de bord. Fait intéressant à souligner, ce couple était celui qui avait la plus faible scolarité (niveau secondaire) et le plus bas revenu. Un deuxième couple a indiqué les besoins de chacun des conjoints dans un seul journal de bord, ce qui explique le nombre de onze journaux recueillis plutôt que quatorze. Néanmoins, lors de l'entrevue-synthèse à domicile une semaine après la naissance, la chercheuse a pallié ce manque en demandant verbalement les questions du journal pour s'assurer d'obtenir tout au moins les perceptions des parents vis-à-vis de leurs besoins à domicile dans la première semaine.

Dans cette étude, chaque fois qu'une mère et un père manifestaient un besoin en lien avec

des nécessités, des manques et des envies, ils façonnaient du fait même la toile de fond de notre analyse de contenu. L'analyse des données nous amène à concevoir que l'expression des besoins revêt différentes formes : un besoin peut évidemment être exprimé clairement et directement, peut ou non s'exprimer sous forme de besoins d'aide, peut s'exprimer indirectement sous la forme de préoccupation, d'inquiétude ou encore par la description d'une réponse adaptée apportée par autrui à ce besoin. Les pages qui suivent exposent les résultats de cette analyse. L'analyse qualitative de contenu a mené à la catégorisation des besoins des parents à l'étude et compte 3 rubriques, 8 catégories et 28 sous-catégories. Rappelons que la rubrique est un grand thème qui regroupe un ensemble de besoins (ex : besoin physique), la catégorie représente une dimension de la rubrique et spécifie le besoin (ex.: besoin de se reposer) et la sous-catégorie rend compte concrètement du besoin exprimé par le parent (ex.: besoin de dormir).

Nous présentons un tableau-synthèse de cette catégorisation comme entrée en matière avant d'exposer chacun des éléments de la grille (voir le tableau III à la page suivante). Pour ce faire, nous allons expliquer une rubrique à la fois en spécifiant chacune des catégories et des sous-catégories qui la sous-tendent avec des extraits de verbatim correspondants. Une analyse statistique descriptive s'ajoute pour illustrer la fréquence d'apparition de chaque besoin dans un histogramme en lien avec la rubrique. Une discussion suit chaque bloc de présentation des résultats.

# RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE DE CONTENU

## BESOINS DES PARENTS PRIMIPARES PÈRES ET MÈRES REGROUPÉS

RUBRIQUES	CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
I - Besoins physiques	1. de se reposer	1.1 d'avoir de la tranquillité 1.2 d'avoir du répit 1.3 de dormir 1.4 *de se détendre
	2. de se nourrir	2.1 *de s'alimenter selon ses goûts 2.2 *de s'alimenter selon son appétit
	3. de se mouvoir et se maintenir dans une position confortable	3.1 *d'être soulagée de sa douleur 3.2 d'adopter une position confortable 3.3 *de reprendre graduellement ses activités physiques
II - Besoins psychologiques	1. d'exprimer son vécu	1.1 de partager ses préoccupations 1.2 de raconter son expérience
	2. d'être accompagné	2.1 d'avoir des moments d'intimité 2.2 d'être sécurisé 2.3 *d'être encouragée 2.4 d'être compris 2.5 d'être écouté 2.6 d'être respecté
	3. d'apprendre	3.1 d'acquérir des connaissances 3.2 d'acquérir de nouvelles habiletés 3.3 d'acquérir de nouvelles attitudes 3.4 de réorganiser sa routine quotidienne
III - Besoins d'un réseau de soutien	1. d'être soutenu par un réseau formel	1.1 d'avoir accès à des ressources formelles 1.2 de percevoir de la disponibilité des ressources formelles 1.3 d'avoir une aide offerte par des professionnels 1.4 d'avoir une continuité de soins des ressources formelles
	2. d'être soutenu par un réseau informel	2.1 de disposer d'un réseau informel 2.2 d'avoir de l'aide du réseau informel 2.3 d'être en contact avec le réseau informel

\* Les \* sont des besoins exclusivement mentionnés par les mères.



#### 4.2.1 Résultats de l'analyse catégorielle de contenu de la rubrique I : besoins physiques

La rubrique «besoins physiques» concerne des besoins de base à l'organisme pour assurer à ce dernier son intégrité et son bon fonctionnement. Les besoins physiques des nouveaux parents sont le besoin de se reposer, le besoin de se maintenir dans une position confortable et le besoin de se nourrir, ce dernier étant plus spécifique à la nouvelle accouchée. Le tableau qui suit montre que cette rubrique regroupe 3 catégories et 9 sous-catégories, chacune est définie par la suite.

**Tableau IV**

##### **Rubrique I : Besoins physiques; catégories (3) et sous-catégories (9)**

<i><b>Rubrique</b></i>	<i><b>Catégories</b></i>	<i><b>Sous-catégories</b></i>
Besoins physiques	1. Besoin de se reposer	1. Besoin d'avoir de la tranquillité 2. Besoin de se détendre * 3. Besoin d'avoir du répit 4. Besoin de dormir
	2. Besoin de se nourrir	1. Besoin de s'alimenter selon ses goûts* 2. Besoin de s'alimenter selon son appétit*
	3. Besoin de se mouvoir et de se maintenir dans une position confortable	1. Besoin d'être soulagée de sa douleur* 2. Besoin d'adopter une position confortable 3. Besoin de reprendre graduellement ses activités physiques*

### **Catégorie 1 : besoin de se reposer**

La période postnatale immédiate représente une étape de récupération physique considérable pour les parents, surtout pour la mère et se traduit par un grand «besoin de se reposer». Le fait de porter un enfant et de lui donner naissance est une expérience physique exigeante pour la mère. L'augmentation de son poids durant la grossesse, les ennuis qu'elle éprouve souvent à dormir à la fin du dernier trimestre, ajoutés au fait qu'elle déploie beaucoup d'efforts et d'énergie à l'accouchement, amènent la mère à se sentir souvent fatiguée et lasse en postnatal immédiat.

Le père peut également ressentir un besoin de repos à la suite de la naissance de son enfant mais habituellement, avec moins d'intensité que sa partenaire. Avec le court séjour, les pères sont sollicités pour demeurer à l'hôpital avec leur conjointe pour aider à la cohabitation avec l'enfant 24 heures sur 24. Ainsi, les pères s'éveillent autant que les mères la nuit pour prendre soin de leur enfant.

Se reposer veut dire se délasser, se retrouver dans des conditions qui favorisent le bien-être physique et mental. La tranquillité, la détente, le répit et le sommeil sont les sous-catégories qui permettent de définir le besoin de se reposer. Ces dernières sont présentées dans les pages qui suivent.

### ***Besoin d'avoir de la tranquillité***

Les nouveaux parents ont besoin d'un environnement calme, sans bruit, paisible, qui prédispose au repos. Plusieurs parents se sont plaints de situations qui les empêchaient de répondre à ce besoin de tranquillité. Entre autres, un couple exprime son désarroi face aux travaux de construction effectués à l'hôpital durant leur séjour : *«la construction, je m'attendais pas à ça... (M<sub>3</sub>,8)»* et *«la construction en d'sous cé pas l'diable... (P<sub>3</sub>,12)»*.

Une mère a verbalisé le besoin de tranquillité en disant : *J'vais être bien chez nous, juste l'contexte de tranquillité (M<sub>2</sub>,10)»*.

### ***Besoin de se détendre***

Le besoin de se détendre correspond à un besoin de relaxation musculaire qui engendre un bien-être physique en permettant de libérer les tensions physiques accumulées chez les nouvelles mères. Aucun père à l'étude n'a mentionné ce besoin, que ce soit à l'hôpital, lors de l'entrevue, ou à domicile, dans le journal de bord.

Les mères qui exprimaient ce besoin l'ont fait en lien avec les stress importants qu'elles vivaient face à tous les apprentissages de leur nouveau rôle. L'allaitement et les soins au bébé étaient le plus souvent cités en exemple. Une mère dit : *«j'ai lé mains toutes mouillées, lé orteils aussi raidissent...» (M<sub>3</sub>,2)* et elle poursuit un peu plus loin en ajoutant : *«j'ai d'mandé à ... d'me faire dé massages au cou... un bon bain pour relaxer parce que je me sens tendue» (M<sub>3</sub>,9)*.

### ***Besoin d'avoir du répit***

Le besoin d'avoir du répit est défini par les parents comme un moment de pause, d'arrêt d'une tâche qui leur demande beaucoup d'énergie physique ou mentale. Cet instant de pause permet une sorte de régénérescence du corps et de l'esprit, profitable pour assurer ensuite à l'enfant une présence de qualité. Plusieurs mères déclarent avoir beaucoup apprécié les moments de recul qu'elles ont eus face à leur bébé. L'une dit : *«[l'infirmière]... est v'nue prendre le bébé... y'était irritant pis ça marchait pu...»* (M<sub>4</sub>10) une autre affirme n'avoir eu aucun répit pour s'occuper d'elle, manger, se laver : *«t'as pas d'répit... pis ta douche»* (M<sub>4</sub>28).

Même les pères, suite à leur implication plus étroite et leur présence plus soutenue à l'hôpital, expriment eux aussi un besoin d'avoir du répit. Un se prononce en disant : *«cé parce que dé fois on aimait ça avoir quec minutes, on partait une demi-heure...[à la cafétéria]»* (P<sub>5</sub>12).

### ***Besoin de dormir***

En plus d'éprouver de la fatigue après l'accouchement, les parents doivent modifier leur horaire en fonction des besoins du bébé qui exigent d'eux à toute heure de la journée et de la nuit. Père et mère se consacrent à la réponse aux besoins de nourriture, d'hygiène et de confort de leur enfant et disent manquer, par conséquent, de sommeil. Les 14 parents participants ont verbalisé très clairement une envie, un besoin de dormir, de sommeil pour régénérer leur corps fatigué.

Quelques témoignages sont proposés pour illustrer le besoin de dormir des nouveaux parents à la période postnatale immédiate : *«Cé épuisant pour lé deux, pour la mère pis l'père» (M<sub>3</sub> 5); «... la première nuit on avait not truck» (P<sub>3</sub> 8); «J'tais tellement brûlée...» (M<sub>3</sub> 4); J'ai hâte de dormir» (M<sub>4</sub>).*

## **Catégorie 2 : besoin de se nourrir**

L'alimentation est un besoin essentiel de tout organisme humain. L'ingestion d'aliments permet aux parents une recharge énergétique importante mais aussi le maintien de toutes les fonctions vitales de leur corps. La nouvelle mère qui n'a pas mangé durant tout son travail et a fourni beaucoup d'efforts pour mettre au monde son bébé ressent un besoin de se nourrir selon ses goûts et son appétit (sous-catégories). Seules les mères ont verbalisé ce besoin puisqu'elles avaient à s'adapter à l'hôpital à une alimentation différente de celle à la maison. Ces deux sous-catégories sont décrites ci-après.

### ***Besoin de s'alimenter selon ses goûts\****

La mère qui a faim veut manger et veut des aliments qu'elle aime et qui respectent ses préférences.

Trois (3) mères sur sept (7) ont exprimé ce besoin mais deux (2) d'entre elles de façon très répétitive lors de l'entrevue à l'hôpital. Elles déploraient de ne pouvoir choisir elles-mêmes leur menu puisque le court séjour ne le permettait pas. Ainsi, les mères s'alimentaient

souvent du menu de la cliente qui l'avait précédée. L'une dit : *«cé moi qu'yé pris avec son menu, elle boit du café, moi j'bois pas d'café»* (M<sub>3</sub> 6) et l'autre ajoute: *«... je me su amnée d'la nourriture de chez nous»* (M<sub>4</sub>29).

### ***Besoin de s'alimenter selon son appétit\****

En plus de s'alimenter selon ses goûts, les 3 mêmes mères ont accordé aussi de l'importance à se nourrir de façon à répondre à leur faim. Les mères allaitantes verbalisent souvent une augmentation de leur appétit en postnatal et demandent une quantité de nourriture correspondante.

Le séjour à l'hôpital change l'alimentation des nouvelles mères dont les portions standardisées ne semblent pas satisfaire l'appétit de certaines d'entre elles. Une mère dit : *« t'as faim, t'allaites»* (M<sub>4</sub>29) plus encore *«on a pas beaucoup de mangé non plus y nous mette dé toutes p'tites portions... des portions de malades»* (M<sub>4</sub>29). Une autre affirme : *«moi j'ai faim, mon mari yé pas pour aller m'chercher dé affaires à chaque fois en bas»* (M<sub>3</sub>16) *«moi j'prends dé gros déjeuners, moi j'allaites... moi j'mange plus que ça* (M<sub>3</sub>16).

### **Catégorie 3 : besoin de se mouvoir et de se maintenir dans une position confortable**

La mère qui vient d'accoucher ressent bien souvent des malaises et de la douleur reliés à une épisiotomie, des hémorroïdes, des déchirures ou des contractions, qui peuvent restreindre sa mobilité et sa posture. La mère exprime alors des besoins d'ordre physique comme d'être

soulagée de sa douleur et d'être aidée à adopter une position confortable. La mère qui vit une modification de sa mobilité désire aussi reprendre graduellement ses activités physiques afin de retrouver sa vigueur, son autonomie et son indépendance d'avant l'accouchement. Le nouveau père, lui, exprime un besoin d'être confortable à l'hôpital pour être en mesure de garder ses énergies et assurer un bon soutien à sa conjointe à la période postnatale.

En résumé, le besoin d'être soulagée de sa douleur, le besoin d'adopter une position confortable et le besoin de reprendre graduellement ses activités physiques sont les sous-catégories qui ont émergé du discours des parents, en voici les définitions.

#### ***Besoin d'être soulagée de sa douleur \****

La mère manifeste souvent de la douleur après l'accouchement et demande d'être soulagée de ses malaises. Les traumatismes physiques inhérents à l'accouchement ou à l'allaitement font que les mères ressentent, pour la plupart, de la souffrance physique. Les déchirures, les épisiotomies, les hémorroïdes et les gerçures en sont des exemples évidents. Plusieurs extraits de verbatim corroborent ce besoin : «*Je voulais... diminuer la douleur [lors de la tété]*» (M<sub>3</sub>3); «*Essaye de t'pencher ça faisait mal*» (M<sub>4</sub>29); «*J'ai les seins sensibles là, l'bout dé seins y m'font mal là...*» (M<sub>4</sub>12)

#### ***Besoin d'adopter une position confortable***

Cette catégorie est très liée au besoin d'être soulagée pour la nouvelle mère mais se traduit par la recherche d'une position qui contribue à son bien-être physique, être installée

confortablement pour minimiser les ressentis de douleurs et malaises. Ce besoin est souvent formulé en terme d'expressions d'inconfort plutôt que de demande de soulagement explicite.

Plusieurs mères de l'étude mentionnent avoir de la difficulté à se lever (M<sub>4</sub>11; M<sub>7</sub>2), à se pencher (M<sub>4</sub>29), à s'asseoir (M<sub>2</sub>6); elles disent se sentir courbaturées (M<sub>4</sub>5) et inconfortables (M<sub>4</sub>29). L'une d'elle résume le tout en disant : *«j'tais pas capable de bouger»* (M<sub>5</sub>3).

Deux pères ont manifesté le besoin d'être confortablement installés à l'hôpital. Leur désir était, en fait, d'avoir un endroit convenable pour dormir la nuit pour leur permettre de demeurer à l'hôpital auprès de leur partenaire. Deux extraits illustrent bien ce besoin: *«J'aurais aimé ça avoir une place pour rester à l'hôpital... y'avait offert un p'tit coussin mais...»* (P<sub>2</sub>7); *«J'sus p't'être pas aussi bien installé que [sa conjointe] ici [à l'hôpital]»* (P<sub>1</sub>8).

### ***Besoin de reprendre graduellement ses activités physiques \****

Cette catégorie correspond au besoin de la nouvelle mère de faire des exercices physiques de façon progressive selon sa tolérance. À la suite de l'accouchement, plusieurs mères éprouvent de la difficulté à exercer certaines tâches relatives à la vie quotidienne, souvent pour des raisons d'inconfort, et trouvent pénible de devoir dépendre de d'autres personnes. Une mère se prononce ainsi: *«Hier j'filais pas pantoute pour laver mon bain»* (M<sub>4</sub>29).

Quelques mères (3) manifestent leur intention de reprendre des forces physiques en faisant



de l'exercice. Elles sont, en fait, en quête de l'énergie physique qu'elles possédaient avant la grossesse. Elles veulent être «en forme» : *«ben, m'remettre en forme»* (M<sub>1</sub>7). *«... être plus en forme pour la p'tite, j'vais être plus en forme pour [son conjoint] aussi»* (M<sub>3</sub>11).

#### **4.2.1.1 Analyse statistique descriptive des besoins physiques des mères et pères (rubrique I).**

La période postnatale immédiate est sans contredit une phase de recouvrement physique des plus importantes pour les deux parents, mais assurément plus pour la mère qui a porté l'enfant et en a accouché. Il n'est donc pas surprenant de constater dans les résultats que la mère éprouve plus de besoins physiques que son partenaire à la suite de la naissance.

La mère veut se reposer, bien manger et se mouvoir sans trop de douleur. Le père, de son côté, manifeste un besoin de se reposer et d'être bien installé auprès de sa conjointe à l'hôpital.

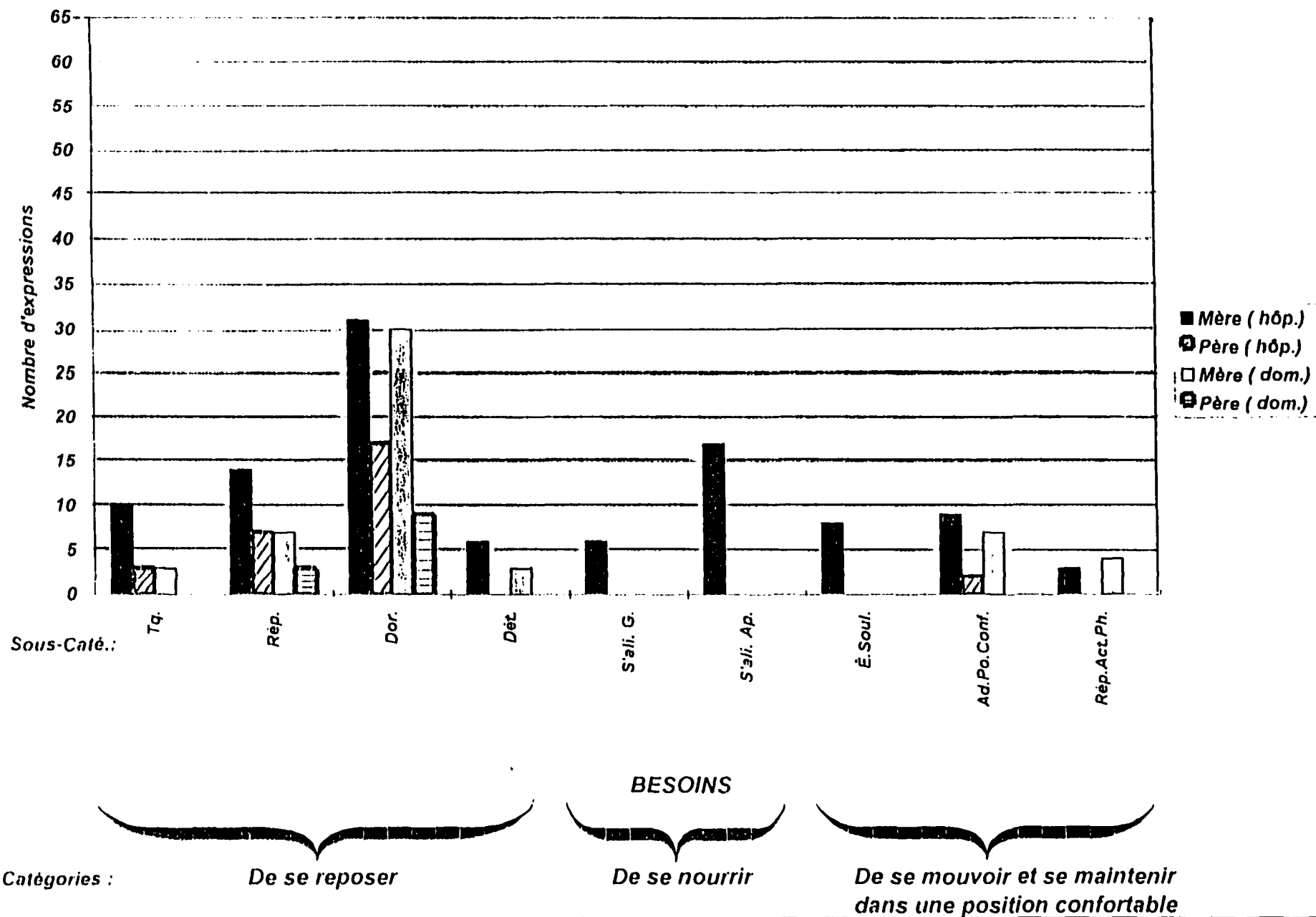
Selon Mays et Pope (1995), on peut, dans une recherche qualitative, inclure des résultats quantitatifs. Il est même souhaitable de le faire dans une même recherche pour nuancer l'interprétation des résultats obtenus (Blank, 1994). Van Der Maren (1987) ajoute qu'il importe de quantifier les contenus codifiés pour mettre en relation les différents résultats issus de la classification.

La mesure de la fréquence d'apparition de chaque besoin exprimé par les parents (les sous-

catégories) permet de quantifier le phénomène observé.

L'histogramme suivant, illustre graphiquement le nombre d'expression de chacun des besoins physiques manifestés par les mères et les pères participants lors de l'entrevue à l'hôpital et inscrits dans leur journal de bord durant les cinq premiers jours à la maison. Les besoins de dormir et de répit se démarquent davantage des autres.

**GRAPHIQUE 1** Fréquence d'expression des besoins  
PHYSIQUES chez les mères et les pères



#### **4.2.1.2 Discussion sur les besoins physiques des mères et des pères (rubrique I)**

Comme nous l'avons précisé au chapitre de la méthode, plusieurs auteurs prétendent que le calcul de la fréquence d'apparition d'un énoncé est révélateur de son degré d'importance (Bardin, 1991; L'Écuyer, 1990; Mucchielli, 1991). Toutefois, pour éviter toute interprétation hâtive et peut-être fautive des résultats, nous avons considéré, en plus de la fréquence d'apparition, deux autres données: l'une provenant de l'entrevue à l'hôpital où l'on demandait directement à chaque parent lequel parmi leurs besoins il considérait le plus important, et l'autre provenant du nombre de personnes à l'étude qui exprimaient chacun de ces besoins. Ainsi espérons-nous saisir davantage la valeur accordée par les parents à chacun de leur besoin. Pour ne pas alourdir le contenu de ce chapitre, nous présentons les résultats de ces calculs à l'annexe VII (Besoins perçus comme les plus importants à l'hôpital en fonction du nombre de personnes) et à l'annexe VIII (nombre de mères et de pères qui expriment des besoins physiques (graphique 6), des besoins psychologiques (graphique 7) et le besoin d'un réseau de soutien (graphique 8)).

Sans vouloir hiérarchiser les besoins des mères et des pères, il demeure toujours intéressant d'essayer de distinguer les besoins qui semblent prioritaires pour les sujets à l'étude. Aussi, nous avons utilisé la stratégie décrite à la page 69 pour mieux cerner l'importance respective des besoins physiques.

Ainsi, le besoin de dormir et d'avoir du répit (catégorie : besoin de se reposer) sont les besoins physiques les plus importants pour les deux parents à la période postnatale, autant à l'hôpital qu'une semaine plus tard à domicile. Cela ressort aux trois niveaux de la stratégie d'analyse utilisée soit :

- 1) À la fréquence d'expression des besoins (voir, graphique 1 p.93).
- 2) En fonction du nombre de personnes ayant exprimé ce besoin : tous les participantes et participants (N = 14) ont exprimé, à un moment ou à un autre, un besoin de dormir et plus de la moitié (N = 9) un besoin d'avoir du répit.
- 3) Huit sujets estimaient le besoin de dormir ou d'avoir du répit comme le plus important pour eux lors de l'entrevue à l'hôpital.

**Tableau V**

**Besoins physiques prioritaires des mères et des pères**

Mères et Pères
1) Besoin de dormir
2) Besoin d'avoir du répit

**Besoin de dormir et d'avoir du répit**

**Mères**

Les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données s'apparentent aux résultats de plusieurs autres études qui ont traité des besoins physiques maternels telles que celles de Keen-Payne et Bond (1997), de Fichardt et al., (1994), de Martell (1996); de Mercer (1995), Stainton et al., (1996), de Ruchala et Halstead (1994) et de Barclay et al., (1997). Ces études

arrivent à la conclusion que les besoins de repos, de sommeil et de répit sont les plus pressants pour les mères au point de vue physique en postnatal.

Il est impressionnant de constater à quel point les mères participantes se disent fatiguées après l'accouchement. L'une d'entre elles, par exemple, a fait allusion à son manque de sommeil à 61 occasions lors de la collecte des données. Un lien peut être fait avec la phase d'épuisement que l'étude de Barclay et al., (1997) rapporte dans sa conceptualisation du vécu des mères primipares. Le cadre théorique de Rubin (1967) présenté dans la recension, faisait aussi état d'un besoin de repos à la phase de dépendance de la mère à la suite de l'accouchement.

Nous constatons que les différents auteurs s'accordent bien sur les besoins physiques ressortant comme prioritaires chez les nouvelles accouchées et ceux-ci correspondent à nos propres résultats. La présente étude vient toutefois ajouter à la connaissance en démontrant, grâce à sa collecte des données en deux temps, que le besoin de se reposer (dormir et répit) persiste après la sortie de l'hôpital. En effet, 85 % de nos informatrices expriment avec constance le besoin de dormir dans la première semaine postnatale. Ce témoignage corrobore les résultats de l'étude de Smith-Hanrahan (1995) sur la fatigue maternelle qui indiquent que 95 % des mères (de parité mixte) se disent fatiguées à l'hôpital et autant (96%) après une semaine chez elle.

Smith-Hanrahan (1995) suggère que la récupération physique de l'accouchement, le stress et les nombreuses tâches à exécuter sont à l'origine de cette grande fatigue.

Un autre élément ressort de l'analyse et met en perspective le besoin pour les mères de s'alimenter selon leur appétit. Il s'avère que ce besoin, bien qu'il soit exprimé très souvent par certaines, n'est peut-être pas aussi important que le graphique 1 le laisse croire *à priori*. Nos observations ont permis d'identifier seulement deux mères qui avaient exprimé ce besoin lors de l'entrevue, mais elles l'ont fait de façon tellement répétitive (15 fois en tout) qu'on aurait pu facilement interpréter ce besoin comme majeur pour l'ensemble des mères, bien que cela ne soit vraisemblablement pas le cas. Notre analyse a permis de placer le besoin de s'alimenter selon son appétit au même niveau que le besoin d'être soulagée de sa douleur, d'être installée confortablement et d'être dans un milieu favorisant la tranquillité.

### Pères

L'aspect novateur de nos résultats concerne la connaissance des besoins physiques des pères à la période postnatale immédiate. En effet, comme nous l'avons souligné au deuxième chapitre, peu d'écrits scientifiques questionnent les pères sur leurs besoins et peu s'arrêtent à cette période spécifique du postpartum. La présente recherche identifie leurs besoins physiques et suggère que le besoin de dormir est prioritaire chez les pères comme chez les mères dans la première semaine postnatale. Nous attribuons ce résultat au fait que 6 pères sur 7 sont demeurés à l'hôpital avec leur conjointe les deux nuits et pratiquement toute la journée. L'un d'eux s'exprime à ce sujet : *«J'suis rentré avec elle [sa conjointe] et j'chu*

*ressorti avec elle pis le bébé». Le seul père qui n'a pas verbalisé le besoin de dormir est celui qui n'a pas passé la nuit à l'hôpital avec sa partenaire.*

D'autres éléments ressortent particulièrement de nos observations et incitent à une discussion plus articulée. Il s'agit, d'une part, du lien entre la manifestation du plus grand nombre de besoins physiques chez les mères et, d'autre part, une durée du travail à l'accouchement de plus de 13 heures. Est-ce à dire que les besoins physiques ressentis par les mères en postnatal sont en lien avec la durée du travail ? Sans vouloir établir un lien de cause à effet, nous pensons qu'effectivement, la durée et le déroulement du travail peuvent influencer l'expression des besoins physiques des mères à la suite de la naissance. Notre opinion rejoint celle de Pridham et al., (1987), qui soutiennent que l'expérience de la naissance joue un rôle de prédicteur des besoins ressentis chez les mères après l'accouchement. Or cette allégation va dans le même sens que les propos de plusieurs auteurs, qui avancent l'idée que la mère primipare est plus fatiguée et plus passive vis-à-vis de tout ce qui l'entoure que la mère multipare qui accouche souvent plus vite et plus facilement (Barclay et al., 1997; Lugina et Sommerfeld, 1994; Keen-Payne et Bond, 1997). Aussi, peut-on penser que toutes les mères, peu importe la parité, ressentent l'ensemble de ces besoins physiques, mais que c'est dans l'intensité de ces besoins que la différence se fait vraiment sentir entre une primipare et une multipare. Seules des études ultérieures sur le sujet pourraient confirmer ou infirmer ces propos.

Le besoins d'être soulagée de sa douleur ressort également. À notre étonnement, peu de



mères ont exprimé comme telle de la douleur ou une demande de soulagement explicite (3 sur 7). Pourtant, dans les faits, toutes les mères à l'étude ont eu des déchirures ou une épisiotomie (N = 7), plusieurs des hémorroïdes (4 sur 7). Nous trouvons ce résultat vraiment surprenant considérant le non-verbal de ces mères qui démontraient clairement de la difficulté à marcher, à s'asseoir et à se déplacer. Nous expliquons ce paradoxe de deux façons. D'une part, que le besoin d'être soulagée est très lié à celui de se mouvoir et de se maintenir dans une position confortable. La notion d'inconfort s'apparente, à plusieurs égards, au sens de malaise et de douleur dans la classification du verbatim portant sur ces besoins. D'autre part, les conclusions de l'étude de Farbman et al. (1997) démontrent que la mère primipare se centre plus sur son bébé que sur elle en postnatal, ce qui semble aussi crédible, si l'on considère les propos de certaines mères de notre étude: *«J'veux dire, j'm'oublie, c'est plus ma fille; moi c'est qui peut m'arriver oh, j'suis capable d'l'assumer»* (M<sub>25</sub>). *«... les points que j'ai ou le après, ça m'passe par-dessus la tête, c'est vraiment par rapport à l'allaitement [son bébé a perdu 10 % de son poids]»*.

Les conclusions de l'étude de Farbman et al., (1997) sont toutefois en contradiction avec ceux de Rubin (1984) et Stainton et al., (1996): ces auteurs prétendent que les nouvelles mères sont centrées sur elles-mêmes à la suite de l'accouchement. Nous expliquons cette divergence par le fait que les derniers auteurs ont effectué leur recherche auprès de parturientes de parité mixte sans tenir compte des différences entre une primipare et une multipare. Il se peut qu'une multipare qui a de l'expérience avec un enfant soit moins préoccupée par ce dernier et se centre davantage sur elle-même, contrairement à la mère primipare.

Ces dernières réflexions viennent terminer la discussion sur les besoins physiques des parents primipares en postnatal immédiat. Nous présentons maintenant, de la même façon, l'ensemble des résultats d'étude correspondant aux besoins psychologiques des nouveaux parents.

#### **4.2.2 Résultats de l'analyse catégorielle de contenu de la rubrique II : besoins psychologiques**

La rubrique «besoins psychologiques» se rapporte aux besoins d'ordre affectif qui se font sentir chez les nouveaux parents, tels que le besoin d'exprimer leur vécu et le besoin d'être accompagné. Des besoins d'ordre cognitif sont aussi prévisibles puisque les parents font face à de nouvelles responsabilités qui leur demandent un apprentissage important de connaissances, d'attitudes et d'habiletés afin d'adopter des comportements adéquats.

Le tableau VI englobe les 3 catégories et les 12 sous-catégories incluses dans la rubrique des besoins psychologiques.

Tableau VI

**Rubrique II : Besoins psychologiques; catégories (3) et sous-catégories (12)**

<i>Rubrique</i>	<i>Catégories</i>	<i>Sous-catégories</i>
Besoins psychologiques	1 - Besoin d'exprimer son vécu	1. Besoin de partager ses préoccupations 2. Besoin de raconter son expérience
	2 - Besoin d'être accompagné	1. Besoin d'intimité 2. Besoin d'être sécurisé 3. Besoin d'être encouragé 4. Besoin d'être compris 5. Besoin d'être écouté 6. Besoin d'être respecté
	3 - Besoin d'apprendre	1. Besoin d'acquérir des connaissances 2. Besoin d'acquérir de nouvelles habiletés 3. Besoin d'acquérir de nouvelles attitudes 4. Besoin de réorganiser la routine quotidienne

Pris au sens large, les besoins psychologiques des parents primipares englobent de nombreuses dimensions et sous-dimensions telles qu'elles sont identifiées dans le tableau VI. Dans l'ensemble, trois grandes catégories ont émergé du corpus des données, soit: le besoin d'exprimer son vécu, le besoin d'être accompagné et le besoin d'apprendre.

### **Catégorie 1 : besoin d'exprimer son vécu**

Le besoin d'exprimer ou de communiquer son vécu se manifeste, chez les parents, par différentes formes d'émotions pouvant s'extérioriser au moyen de la parole et des gestes. Les manifestations d'émotions peuvent traduire, par exemple, la joie, la tristesse, la crainte, la colère ou l'impuissance.

Pour les couples primipares à l'étude, il semble que ce soit sous la forme de préoccupations que certains besoins sont exprimés. De plus, les parents ont un besoin de raconter leur expérience en postnatal immédiat. Le besoin de partager ses préoccupations et le besoin de raconter son expérience sont les deux sous-catégories explicitées ci-après.

#### ***Besoin de partager ses préoccupations***

Pour les parents primipares, exprimer leurs préoccupations veut dire verbaliser leurs inquiétudes, leurs craintes, leurs soucis face à tout ce qui entoure la venue de leur bébé. Il s'agit, d'une façon indirecte, d'exprimer des besoins qui occupent une place très importante chez eux, si on considère la fréquence de ce besoin dans l'ensemble des données disponibles.

Les préoccupations verbalisées se rapportent le plus souvent à l'enfant : sa santé, son état général et son comportement. Les quelques témoignages suivants sont éloquentes: «*Faut qu'à commence une bonne vie [le bébé]*» (P<sub>2</sub>6), «*qu'y soit en bonne santé*» (P<sub>3</sub>), «*qu'à pleure, qu'à pleure [le bébé] ça me préoccupe ben gros*» (P<sub>2</sub>4).

D'autres manifestations de préoccupations se font sentir au sujet de la condition de la nouvelle mère telles que : *«les inquiétudes c'est les à côtés, manger, me laver»* (M<sub>2</sub>24), ou *«j'avais travailler lundi... je me dis... a vas-tu être pas pire [en parlant de sa partenaire]»* (P<sub>3</sub>4) et *«ma préoccupation particulière... face à moi-même c'est la dépression postpartum»* (M<sub>3</sub>6).

D'autres exemples concrets illustrent les préoccupations par rapport au retour à la maison : *«l'inquiétude de comment ça va aller avec la p'tite à la maison»* (P<sub>2</sub>25) ou *«j'sais pas si l'fait d'changer d'milieu [partir de l'hôpital] j'sais pas l'impact [pour le bébé]»* (P<sub>1</sub>15). Aussi, face à l'adaptation en générale avec l'enfant : *«j'ai peur... de laisser l'bébé seul si je dois aller dehors»* (M<sub>6</sub>5), *«dé fois ma crainte cé d'trop env'lopper ma p'tite, d'être trop mère poule...»* (M<sub>3</sub>8).

L'allaitement est souvent source de préoccupations : *«ma préoccupation particulière, cé qu'la p'tite boit assez là»* (M<sub>3</sub>6), *«...c'qui nous préoccupe l'plus cé... la santé, l'alimentation [du bébé]»* (P<sub>2</sub>6).

Soulignons, finalement, les préoccupations reliées à l'inconnu qui entoure la venue d'un premier bébé : *«y va avoir de p'tites maladies, cé l'inconnu»* (M<sub>7</sub>3), *«cé épeurant un p'tit peu parce que té face à l'inconnu...»* (P<sub>2</sub>2), *«...pourquoi y fait ça [le bébé] et cé tu normal»* (M<sub>2</sub>4).

### ***Besoin de raconter son expérience***

Le besoin de raconter son expérience se traduit, pour les nouveaux parents, par le désir de partager avec autrui leurs pensées, leurs impressions, leur vécu très intense lors de la mise au monde de leur enfant.

Certains parents parlent de leur expérience lors du travail de l'accouchement : *«je l'ai eu naturel, j'ai fait, j'ai donné tout ce que j'ai pu, pis j'ai pas eu rien... [pas d'anesthésie]»* (M<sub>1</sub>1). Puis un père dit : *«cé pas mal ça, positif, tout a bien été cé ça j'm'attendais»* (P<sub>2</sub>7).

D'autres s'expriment plutôt en fonction de la période postnatale proprement dite : *«j'pensais être beaucoup plus maganée»* (M<sub>4</sub>14), *«on dirait que j'le réalise pas encore...»* (M<sub>3</sub>2).

À travers les récits des parents de leur vécu, nous avons noté un grand nombre d'expressions verbales d'émotions rattachées à leur expérience récente d'être parents. Sans considérer celles-ci comme des besoins au sens stricte, nous avons néanmoins ressorti quelques témoignages qui montrent l'intensité avec laquelle les parents vivent et racontent leur expérience : *«on vit vraiment quelque chose d'intense»* (M<sub>2</sub>5), *«j'aime ben ça [être parent], j'trouve ça excitant»* (M<sub>1</sub>2), *«j'trouve ça fantastique là»* (P<sub>1</sub>4). Ce vécu, chargé d'émotions nous paraît un antécédent du besoin d'être accompagné exprimé par les parents.

## **Catégorie 2 : besoin d'être accompagné**

La transition au parentage est une étape de la vie qui présente des défis pour le couple qui se retrouve à fonctionner en triade. Les nouveaux parents doivent s'adapter à leur rôle respectif et assumer les responsabilités qui en découlent. Cela explique le fait qu'ils expriment le besoin d'être accompagnés durant cette période.

La mère exprime davantage le besoin d'être accompagnée, peut être en raison de l'intensité de l'expérience que constitue la naissance de son enfant et d'un déséquilibre hormonal qui la rend plus vulnérable sur le plan émotif.

Les parents ont besoin d'intimité, d'être écoutés, d'être compris, d'être sécurisés et d'être respectés. Les mères, en plus, manifestent le besoin d'être encouragées. Ce sont là les sous-catégories qui sont explicitées un peu plus loin.

La réponse à ces besoins s'obtient à même la complicité du couple (soutien mutuel), elle provient aussi des intervenants qui interagissent avec les parents dans cette transition importante de leur vie.

### ***Besoin d'intimité***

Le besoin d'intimité fait référence à l'importance pour les parents de se retrouver seuls ou en présence uniquement de leur conjoint ou de leur bébé pour établir des relations profondes

et étroites. C'est aussi le besoin de se retrouver chez soi dans un environnement connu et familial.

Tous les parents (14/14) ont exprimé un besoin d'intimité. Des exemples clairs le confirment:

*«y va y avoir des rapprochement entre les deux [le couple] à cause du troisième [le bébé]» (P<sub>5</sub>6), «on veut pas s'oublier [comme couple]» (M<sub>2</sub>5), «mon conjoint, j'ai besoin qui soit présent» (M<sub>4</sub>20), «on fait moitié-moitié [entre conjoint]» (M<sub>5</sub>5), «qu'y prenne soin de moi pis qui m'dise que j'suis belle [en parlant de son conjoint]» (M<sub>1</sub>8).*

D'autres extraits illustrent le besoin d'intimité avec l'enfant : *«l'plus important cé d'rester proche de l'enfant» (P<sub>1</sub>7), «cé comme si j'ai pas établi l'lien mère-fille ça commence» (M<sub>3</sub>2), «j'ai l'goût de le serrer [le bébé]» (M<sub>4</sub>22).*

### ***Besoin d'être sécurisés***

Le besoin d'être sécurisé correspond au désir des parents d'être rassurés vis-à-vis de certaines craintes ou inquiétudes qu'ils ressentent en postnatal. Plusieurs parents s'expriment également par la description de la réponse reçue à l'égard de ce besoin. Une réponse adaptée à ce besoin joue un rôle inhibiteur face à l'anxiété et facilite l'acquisition de la confiance en soi. Les nouveaux parents deviennent de plus en plus sûrs d'eux dans l'exécution de leurs nouvelles fonctions. Autant de mères (5/7) que de pères (5/7) s'expriment sur ce besoin:

*«Y m'ont dit d'prendre l'temps [son médecin]» (M<sub>2</sub>2), «à m'a dit inquiète toi pas [son médecin]» (M<sub>2</sub>3), «...mé à nous a dit que c'tait à cause des antibiotiques [que le bébé pleurait], cé rassurant» (M<sub>4</sub>3), «y'ont pris l'temps d'me sécuriser moi [quand le bébé s'est*



*étouffé]» (M<sub>2</sub>3), «c'est important pour moi, une sécurité» (M<sub>6</sub> 8).  
Et quelques pères aussi: «[le médecin] y m'expliquait qu'était pas  
en danger... j't le jure ça enlève une charge su lé épaules» (P<sub>4</sub>11).*

### ***Besoin d'être encouragée\****

Le besoin d'être encouragé est essentiel pour inciter les parents à agir afin qu'ils développent de l'assurance dans la réalisation de leurs nouvelles tâches.

Seules les mères ont verbalisé le besoin d'être encouragée en postnatal. Cinq (5) mères sur sept (7) l'ont exprimé à un moment ou à un autre : «j'pense qu'on a besoin d'se p'tit coup d'pied là [vis-à-vis l'allaitement]» (M<sub>2</sub>12), «[les infirmières] y m'ont dit, on a confiance en toi...» (M<sub>3</sub>3), «j'sais qui m'encourage [son conjoint]» (M<sub>3</sub>5), «[amie] elle m'encourageait» (M<sub>3</sub>5).

### ***Besoin d'être compris***

Le besoin d'être compris renvoie à la nécessité pour les parents que ceux qui les entourent soient bienveillants, disposés à saisir le sens de ce qu'ils expriment ou de ce qu'ils vivent.

Quatre (4) mères sur sept (7) et deux (2) pères font référence directement à ce besoin :

*«j'espère qui va m'comprendre [en parlant de son conjoint]»; «y ont été d'une compréhension... y m'ont dit on t'laissera pas comme ça» (M<sub>2</sub>3), «[question : le besoin psychologique le plus important pour toi] cé vraiment la compréhension» (M<sub>2</sub>6), «j'ai pas peur de craquer pis qui comprenne pas [en parlant de son conjoint]» (M<sub>3</sub>7), «...mé d'être compris par mon milieu [de travail : le père veut que son milieu de travail comprenne qu'il veut passer du temps avec sa famille et doser son temps au travail]» (P<sub>1</sub>9).*

### ***Besoin d'être écouté***

Bien que surtout exprimé par la mère, le besoin d'être écouté reste toutefois un besoin qu'il faut considérer à la période postnatale.

Il est nécessaire pour les parents de verbaliser leur vécu, mais aussi de poser des questions qui s'imposent dans la transition au parentage. Ils ont besoin d'une oreille attentive, qui tient compte de ce qu'ils expriment. Deux (2) mères et trois (3) pères ont ressorti ce besoin et les exemples qui suivent le traduisent bien:

*«à l'a pris l'temps d'méécouter [son médecin]» (M<sub>2</sub>2), «dès que j'ai d'mandé d'l'aide, y sont v'nus répondre comme y faut» (M<sub>3</sub>4), «j'ai dé bonnes oreilles si je veux discuter [un ami]» (P<sub>1</sub>11), «j'étais ben content d'lé avoir donnés [ses commentaires sur son vécu à l'hôpital]» (P<sub>2</sub>8).*

### ***Besoin d'être respecté***

Ce besoin fait appel à la perception des parents d'être traités ou non avec égard. Cette perception rejoint également le désir pour les parents d'être considérés en tant que personne humaine unique, qui exprime un vécu ou des besoins qui lui sont propres.

Les couples de parents ont, à maintes occasions, fait référence au besoin d'être respectés:

*«[les infirmières] étaient humaines j'en r'viens pas» (M<sub>3</sub>2), «on aurait pas dû m'garocher ça comme ça...» (M<sub>2</sub>3), «je m'attendais pas à rester si longtemps ici [à l'hôpital] parce qu'y a un besoin pis yé respecté» (M<sub>7</sub>5), [séjour plus long que 48 heures mère trop fatiguée] «quand té rendu que tu viens d'accoucher pis que l'plombier... arrive...[ dans la chambre d'hôpital] cé comme tu t'sens dans une station de taxi» (M<sub>2</sub>8).*

### **Catégorie 3 : besoin d'apprendre**

Les nouveaux parents placés devant l'inconnu ont besoin d'être guidés pour acquérir les connaissances, les attitudes et les habiletés nécessaires pour comprendre et exercer leur rôle. Il leur faut apprendre à négocier le partage des tâches, à avoir de nouveaux comportements qui permettront la réponse aux besoins familiaux et l'exécution des fonctions imputables à leur rôle de parents.

Le besoin d'apprendre est sans aucun doute un besoin dominant chez les parents participants de l'étude. Cela paraît compréhensible puisque peu d'entre eux ont pu développer au préalable des connaissances, des attitudes et des habiletés relatives au rôle de parents. L'apprentissage de ce rôle fait partie d'un processus dynamique qui s'actualise jour après jour auprès de l'enfant.

Des changements dans la routine de vie quotidienne du couple s'imposent et demandent des ajustements souvent majeurs. Les nouveaux parents ont besoin d'acquérir des connaissances, des attitudes et de nouvelles habiletés tout en réorganisant leur routine quotidienne en fonction des nouvelles exigences de la vie avec un enfant. Ces besoins résument les sous-catégories expliquées ci-après.

#### ***Besoin d'acquérir des connaissances***

Acquérir des connaissances pour les parents veut dire arriver à avoir les informations, les

conseils, les trucs, les réponses à leurs questionnements pour augmenter leur savoir par rapport à leur nouveau rôle.

Les couples primipares ressentent de nombreux besoins d'apprentissage reliés à la méconnaissance de leur nouveau rôle. Tous les sujets de l'étude font référence au besoin d'acquérir de nouvelles connaissances. Plusieurs mères expriment ce besoin directement : *«c'est un premier bébé, t'as plein d'interrogations, plein de questions»* (M<sub>2</sub>1), *«cé ton premier bébé tout é important»* (M<sub>7</sub>2), *«comme mère d'un premier bébé, on sait pas lé choses, ... on suce l'information pis on l'prend pour acquis»* (M<sub>3</sub>13).

Quelques pères se confient également sur ce besoin :

*«une fille j'sais pas trop quoi faire avec ça, une fille»* (P<sub>3</sub>6), ou *«on va apprendre... même si lé conseils sont répétés 10 fois...»* (P<sub>7</sub>2), *lors de la sortie de l'hôpital, il y a beaucoup d'information donnée verbalement, il est difficile de retenir tout ... pas seulement pour le bébé mais aussi pour la mère* (P<sub>5</sub>J).

### ***Besoin d'acquérir de nouvelles habiletés***

En plus de la connaissance, les parents doivent acquérir des habiletés à prendre soin de leur enfant. Les nouveaux parents arriveront à développer une manière de faire avec le bébé, ils prendront de l'assurance et se sentiront plus à l'aise à donner les soins à l'enfant.

Six mères et cinq pères ont verbalisé un besoin d'acquérir des nouvelles habiletés. Les exemples en font l'illustration :

*«comment la mette [le bébé] au sein» (M<sub>1</sub>3), «[l'infirmière] l'emmaillotte très facilement, t'essaie d'faire la même chose pis ça marche pas» (P<sub>1</sub>6), «dé p'tits trucs là, mettre la couche, nettoyer l'nombril» (P<sub>1</sub>6), «comment faire pour que la p'tite arrête d'pleurer» (M<sub>3</sub>3), «juste nettoyer le pénis du p'tit, le bain» (P<sub>5</sub>10).*

### ***Besoin d'acquérir de nouvelles attitudes***

Les couples se connaissent comme partenaires de vie, comme amis, comme amants mais non comme parents: *«on développe une autre facette d'la vie de couple» (M<sub>3</sub>6), «être parents cé quec chose que t'apprends à tous les jours» (M<sub>2</sub>4), «j'pense que ça va prendre du temps qu'ça s'replace» (M<sub>3</sub>17).*

L'arrivée d'un bébé change, en ce sens, la vie du couple et l'oblige à adopter une nouvelle façon de penser et de se comporter à l'intérieur de la famille: *«ça change une vie avoir un bébé mais on continue de vivre» (P<sub>4</sub>9), «j'espère que j'va faire ça comme faut [être père]» (P<sub>4</sub>5), «j'vois que cé exigeant [être parent].. ça coupé la liberté» (M<sub>3</sub>1).*

Certains parents parlent d'adopter une attitude particulière vis-à-vis de leur enfant comme: *«ça prend de la patience» (P<sub>6</sub>2), «cé sûr, qui faut pas être surprotecteur» (P<sub>1</sub>16).*

D'autres participantes et participants se rendent compte à quel point un bébé vient interférer dans leur propre vie de femme et d'homme:

*«... on s'pense toujours un p'tit peu la superwoman...» (M<sub>2</sub>6), «on veut toujours être dé parents parfaits avec un bébé parfait» (M<sub>3</sub>8), «[avoir un bébé] cé ça cé mourir à moi-même...» (P<sub>3</sub>5), «c'est mourir à mon égoïsme» (P<sub>3</sub>5), «... t'as un labeur à endurer [quand*

*t'a un bébé]...» (P<sub>3</sub>4), «j pense que cé la confiance qui faut qu'on acquiert...» (M<sub>2</sub>12).*

Quelques sujets ont aussi mis en évidence que le changement d'attitude joue sur la dynamique de couple après l'arrivée de leur enfant : *«j'espère que tout va bien... que j'porte plus d'attention au bébé, pis que j'néglige pas [son conjoint]...» (M<sub>3</sub>8).*

### ***Besoin de réorganiser la routine quotidienne***

L'arrivée d'un enfant change la manière de se comporter mais aussi toute l'allure du quotidien. Les tâches augmentent pour le couple en même temps que le temps est plus restreint, ce qui demande un ajustement de la part des deux conjoints. C'est un processus dynamique qui s'apprend au fil des jours : *«Mon nouveau rôle de parent, j'pourrais dire que j'digère ça tranquillement» (M<sub>3</sub>2).*

Une nouvelle structure organisationnelle voit le jour pour permettre aux deux parents de répondre aux exigences de leur rôle: diviser les tâches autrement, planifier davantage de temps pour soi ou le couple, répondre aux obligations à l'extérieur du foyer telles que le travail et les activités professionnelles.

Tous les sujets parlent à un moment ou à un autre de l'impact d'un bébé sur l'organisation de la vie quotidienne : *«j pense que ça va être l'organisation... accepter d'laisser dé choses, de pas tout faire...» (M<sub>2</sub>7), «on va essayer d'organiser nos congés...» (P<sub>1</sub> 11), «joindre les deux bouts [dans la journée]» (M<sub>2</sub>5).*

Faire face aux exigences du nouveau rôle est souvent difficile pour les parents primipares : *«être parents tu l'sais que tu vas faire dé choses... mais faire face à la situation cé quec chose oui»* (M<sub>2</sub>4). Le couple s'habitue peu à peu à sa nouvelle vie et s'adapte en établissant une routine quotidienne différente, qui tient compte de l'enfant: *«on va s'faire une p'tit routine...»* (M<sub>4</sub>20), *«c'est une question qu'on s'ajuste»* (P<sub>1</sub>11), *«mé là, ça va changer mon horaire, moi la nuit là j'ai trouvé ça toff...»* [au sens de difficile] (P<sub>3</sub>6), *«j'me dis j'me néglige, j'ai même pas eu l'temps d'prendre ma douche»* (M<sub>1</sub>10).

Le couple partage les responsabilités familiales en divisant les tâches : *«moi je l'allaitte, lui change de couche pis le remet dans son p'tit lit»* (M<sub>5</sub>6), *«[sa conjointe] peut garder ça lé techniques, moi le comportement du bébé»* (P<sub>3</sub>7).

D'autres extraits de verbatim témoignent de la nécessité pour les participants de planifier du temps pour soi et pour le couple dans l'établissement de leur nouvelle routine : *«... pis du temps pour nous [en parlant d'elle] pis pour l'couple...»* (M<sub>1</sub>7), *«faut pas s'oublier [le couple]»* (M<sub>2</sub>6), *«peut-être prendre l'temps d'penser à soi»* (M<sub>2</sub>6), *«un moment donné faut que tu sois tu seule»* (M<sub>4</sub>20).

#### **4.2.2.1 Analyse statistique descriptive des besoins psychologiques des mères et des pères (rubrique II)**

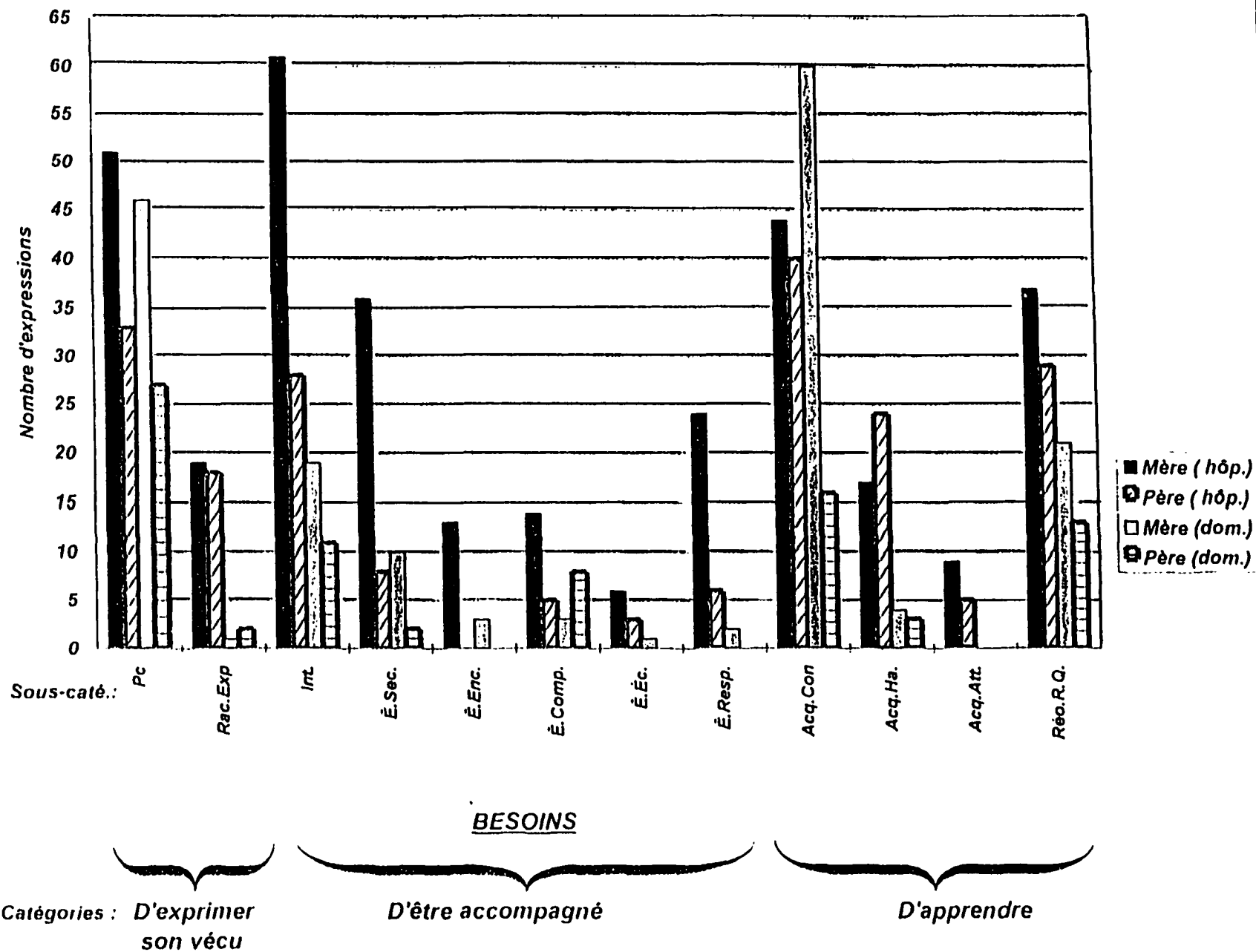
La précédente présentation des résultats fait état d'un grand nombre de sous-catégories (12) correspondant aux besoins psychologiques exprimés par les parents dans les heures et les

quelques jours qui suivent l'arrivée de leur premier enfant.

Nous présentons d'abord, comme nous l'avons fait pour les besoins physiques, un histogramme illustrant la fréquence d'apparition de chaque besoin psychologique manifesté par les parents. Ces résultats, obtenus lors de l'entrevue à l'hôpital, ainsi que ceux résultant de l'analyse des journaux de bord seront exposés dans un même graphique avant d'amorcer la discussion s'y rapportant. La fréquence d'expression des besoins psychologiques fait ressortir, autant chez les mères que chez les pères, quatre besoins spécifiques: un besoin d'intimité, un besoin de partager ses préoccupations, un besoin d'acquérir des connaissances et un besoin de réorganiser la routine quotidienne.



**GRAPHIQUE 2** Fréquence d'expression des besoins  
PSYCHOLOGIQUES chez les mères et les pères



#### 4.2.2.2 Discussion sur les besoins psychologiques des mères et des pères (Rubrique II)

Pour interpréter et discuter des données relatives aux besoins psychologiques des nouveaux parents, nous avons encore une fois eu recours à la stratégie d'analyse mettant en relation la fréquence d'expression de chaque besoin, le nombre de participants qui l'exprimaient et finalement le besoin psychologique perçu par chaque sujet comme le plus important lors de l'entrevue à l'hôpital.

En général, les mères (4) manifestent deux à trois fois plus de besoins psychologiques au total que leur partenaire en postnatal immédiat. Cela semble très compréhensible si on considère tout le bouleversement métabolique, hormonal et physique que la mère vit à la suite d'un accouchement. Cependant, nos résultats indiquent qu'un père en particulier éprouve plus de besoins psychologiques que sa conjointe en postnatal. Sans vouloir extrapoler trop loin notre réflexion, nous pensons que ce résultat coïncide avec le fait que ce père prévoit demeurer à la maison avec l'enfant presque à temps plein. Fait à relever, la partenaire de cet homme est la femme qui manifeste le moins de besoins parmi toutes les mères. C'est dire qu'il y a apparence de complémentarité dans le couple. À cet égard, il est intéressant d'ajouter quelques commentaires, l'un venant de la mère, l'autre du père : *«moi je l'allaiter, lui s'occupe des rots, de le bercer, de le consoler, moi chu pas capable de l'entendre pleurer, lui ça le dérange pas»; «C'te bébé là, c'est le mien autant que le sien et je vais m'en occuper beaucoup, je vais le traîner avec moi partout».*

La fréquence d'expression de tous les besoins psychologiques a fait émerger quatre (4/12) besoins psychologiques prioritaires chez les parents à l'étude. Lorsque nous avons mis les fréquences de chaque besoin psychologique en relation avec le nombre de personnes ayant exprimé chacun des besoins psychologiques et le besoin perçu comme le plus important pour chaque sujet, il s'est avéré que les quatre mêmes besoins sont ressortis pour les mères et les pères: le besoin d'intimité, le besoin de partager ses préoccupations, le besoin d'acquérir des connaissances et le besoin de réorganiser la routine quotidienne. Un besoin de plus semble se démarquer chez les mères à l'étude, celui d'être sécurisé.

**Tableau VII**

**Besoins psychologiques prioritaires des mères et des pères**

<b>Mères</b>	<b>Pères</b>
1) intimité	1) acquérir des connaissances
2) partager ses préoccupations	2) partager ses préoccupations
3) acquérir des connaissances	3) réorganiser la routine quotidienne
4) réorganiser la routine quotidienne	4) intimité
5) être sécurisée	

Chaque catégorie de la rubrique «besoins psychologiques» est ainsi représentée dans les besoins psychologiques prioritaires des mères et des pères. La discussion porte, plus spécifiquement, sur ces résultats respectifs en lien avec les écrits antérieurs tout en soulevant les aspects nouveaux qui se dégagent des résultats..

## **Besoin d'intimité**

### **Mères**

Le besoin d'intimité représente, pour les mères, un besoin essentiel qui apparaît au premier plan après l'analyse des données recueillies à l'hôpital. Toutes les mères l'ont mentionné au cours de l'entrevue, et ce, à soixante et une (61) occasions. Il n'est pas surprenant de constater que ce besoin prend beaucoup moins d'importance pour les participantes lorsqu'elles se retrouvent dans leur milieu naturel de vie avec leur bébé et leur conjoint.

Ce résultat rappelle les propos de plusieurs auteurs qui traitent de l'importance que la mère primipare accorde au soutien de son conjoint à la période postnatale, où elle voit son partenaire comme son meilleur soutien (McVeigh 1997; Séguin et al., 1995; Curry, 1993; Ferketich et Mercer, 1995; Boehm, Duggan, Dinerman, McGowan, 1995). Il semble que la dominance accordée à ce besoin par les mères de notre étude renforce cette affirmation.

La théorie du développement affectif du lien mère-enfant de Klaus et Kennell (1976) et de Rubin (1967) s'apparente également au besoin d'intimité exprimé par les mères. Le besoin qu'elle a de proximité avec son bébé, de contact avec lui, semble fondamental comme Martell (1996) le disait aussi. Deux extraits relevés du verbatim montrent ce lien progressif qui se crée entre une mère et son enfant : *«cé comme si j'ai pas établi l'lien mère-fille, ça commence»*. (M<sub>3</sub>2). *«J'ai l'goût de le serrer (le bébé)»* (M<sub>4</sub>22).

## **Pères**

Il est très intéressant de constater que le besoin d'intimité se distingue aussi chez les sept pères. Sa fréquence d'expression le place au quatrième rang d'importance. Les exemples émergeant de leur discours laissent paraître combien ils veulent s'impliquer, veulent participer auprès de leur enfant et de sa famille. Fait à l'appui, 6 pères sur 7 sont demeurés avec leur conjointe et leur bébé à l'hôpital durant leur séjour. Selon nous, cette réalité peut démontrer un certain engagement de la part des pères d'aujourd'hui à s'impliquer dans la famille au-delà des rôles masculins traditionnels véhiculés depuis des années. Le changement de mentalité, bien qu'il s'effectue lentement comme Hall (1994) le faisait remarquer, semble néanmoins se concrétiser progressivement.

À l'instar de Chalmers et Meyer (1996), nous pensons que les pères sont plus actifs de nos jours auprès des enfants. Il n'est pas rare de voir un père s'occuper de son bébé à l'hôpital, changer sa couche, le consoler, lui donner son bain, etc. Ces comportements rejoignent ceux relevés par Hall (1994) et Anderson (1996) sur l'engagement des pères vis-à-vis leur bébé.

Plusieurs participants à l'étude ont de plus soulevé à plusieurs reprises la nécessité d'avoir l'appui de leur conjointe dans l'apprentissage de leur nouveau rôle. Quand on leur demandait quelle était l'aide la plus utile qu'ils avaient reçue, bon nombre des informateurs (5) répondaient, «l'aide de ma blonde». Ceci vient dire encore une fois que le couple s'offre un soutien mutuel lors de la transition au parentage.

Nos résultats mettent en évidence deux autres besoins considérés prioritaires dans notre interprétation des données. Les parents semblent exprimer un grand besoin de partager leurs préoccupations concernant leur vécu avec le bébé et le manque de connaissances du parentage. Il n'est donc pas surprenant de constater que le besoin d'acquérir des connaissances se démarque également comme une priorité dans sa fréquence d'expression.

Plusieurs extraits de verbatim des participantes et participants suggèrent que le manque de connaissances est source de grands stress et de préoccupations pour les parents primipares : «... pourquoi y fait ça (le bébé) et c'est tu normal...» (M<sub>2</sub>4). «Y a peut être quec chose de bon à savoir, on se demandait l'colostrum y'en as-tu, ça sors-tu...» (P<sub>2</sub>3). Les préoccupations les plus courantes sont directement reliées au bébé et cela paraît cohérent avec le fait que ces pères et mères vivent leur première expérience de vie avec un enfant.

### **Besoin de partager ses préoccupations et besoin d'acquérir des connaissances**

#### **Mères**

Plusieurs auteurs affirment que la mère primipare vit plus de stress, plus d'anxiété (McVeigh 1997; Wotton 1992; Mercer 1995) et plus de questionnements (Bailey et al., 1993; Romito et Zalateo, 1992) en postnatal que la multipare. De leur côté, Rocheleau et al., (1989), de même que Provost et Tremblay (1991) soulignent le manque de connaissances et d'habiletés de la mère primipare relié à son nouveau rôle. Pour nous, il ne fait aucun doute que les préoccupations exprimées en postnatal par les mères font appel, en grande partie à leur

inexpérience. Plus de 157 extraits de verbatim expriment des préoccupations. L'analyse statistique descriptive de ce besoin chez les mères et les pères le place au second rang d'importance entre tous les besoins psychologiques chez les mères et chez les pères (voir graphique 2 p.115). La cohabitation 24 heures avec leur enfant dès sa naissance place rapidement ces mères devant l'inconnu et devant des tâches à exécuter. La collecte des données de cette étude effectuée dans un délai assez court après l'accouchement (dans les premiers 48 heures et au cours de la première semaine) explique en grande partie pourquoi ces deux besoins émergent ainsi. La mère n'a pas eu le temps d'acquérir les connaissances et la confiance en elle lui permettant d'exercer son nouveau rôle en toute sérénité.

Les résultats de l'étude de Courville (1995) sur l'allaitement maternel sont intéressants à cet égard. Il semble que la multipare qui expérimente l'allaitement maternel pour la première fois éprouve autant de difficultés que la primipare dans son adaptation. C'est dire que toute nouvelle situation, en dehors des acquis antérieurs, est source de stress et nécessite une adaptation supplémentaire. Il est, en ce sens, tout à fait logique de constater que la mère primipare, qui fait face à son inexpérience générale en tant que mère, puisse présenter plus de stress, d'anxiété et de questionnements en postnatal. L'allaitement maternel est une autre adaptation qui peut augmenter la difficulté d'être mère, car cette activité exige connaissances, habiletés, temps et énergie, ressources dont la mère primipare ne dispose pas toujours en postnatal immédiat (Courville, 1995). L'exigence de l'allaitement maternel explique peut-être le fait que les mères allaitantes de notre étude ont verbalisé plus de préoccupations et plus de besoins d'apprentissage que celle qui n'allaitait plus après 24 heures.

Une mère se démarque vraiment des autres participantes dans l'expression de ses préoccupations. Après avoir scruté à fond ses propos, on se rend compte que plusieurs préoccupations concernent un traitement d'antibiotique intraveineux que son fils a dû recevoir après sa naissance pour cause d'hyperthermie. Bien que la santé du bébé ne soit nullement compromise, on constate que la mère vit un stress de plus dans son adaptation générale et demande des éclaircissements sur l'état de son bébé :

*«... qui pleure, y pleure beaucoup là ça m'faisant peur parce qu'y très irritable mé à nous a dit que c'était à cause de sé antibiotiques, cé rassurant» (M<sub>45</sub>). «Ben c'que j'ai trouvé l'plus long cé d'pas pouvoir l'voir tsé... cé qui nous l'disait pas qu'est-ce qu'y avait... (M<sub>45</sub>).*

On peut penser que tout soin particulier relatif à l'enfant peut avoir un impact sur le ressenti des parents et augmenter leur niveau d'inquiétude. De là, l'importance de considérer le vécu unique de chaque mère lors de l'évaluation de ses besoins pour mieux cerner ces besoins, les comprendre et l'aider à les combler.

Un autre résultat a suscité notre intérêt. Le besoin d'acquérir des connaissances chez les mères de l'étude est le seul à augmenter lors du retour à domicile (voir graphique 2 p.115). Est-ce relié au fait que la mère est moins disposée psychologiquement à apprendre à l'hôpital? Est-ce une résultante du court séjour hospitalier qui laisse peu de temps aux mères de connaître leur bébé et de poser leurs questions ? Est-ce en lien avec le manque de proximité d'un soutien professionnel lors du retour à domicile ? Ou bien est-ce attribuable au fait que la mère se retrouve chez elle face à des responsabilités qu'elle n'a pu anticiper et qui lui «sautent aux yeux» tout à coup?



Plusieurs hypothèses sont plausibles. Barclay et al. (1997) parlent d'un ralentissement que la mère peut vivre à la suite de la naissance et qui peut la rendre moins disponible à faire des apprentissages en lien avec le rôle de parents. Lugina et Sommerfeld (1994), Martell (1996), Mercer et al. (1993), Keen-Payne et Bond (1997) et Rubin (1984) vont dans le même sens en disant que la mère ne peut intégrer tout l'enseignement reçu à l'hôpital en postnatal.

Selon nous, le court séjour oblige la mère primipare à faire des apprentissages multiples en peu de temps, laissant peu de place à l'intégration et à l'expérimentation des nouveaux acquis. Le discours des parents participants montre à quel point leurs préoccupations les rendent assoiffés de connaissances. En réalité, nous pensons que la mère apprend en postnatal, mais que la grande quantité d'informations reçues en si peu de temps empêche l'intégration de ces informations.

Le retour à domicile peut aussi représenter l'élément déclencheur du besoin grandissant d'apprentissage chez les nouvelles mères. D'après Barclay et al. (1997), il s'agit de «la phase du choc» dans le vécu de la mère primipare. À défaut d'un réseau formel de soutien à proximité, la mère se sent dépourvue devant l'évidence de son inexpérience. Cela explique, selon nous, son besoin pressant d'apprendre en lien direct avec toutes les préoccupations qu'elle vit encore intensément lors du retour à domicile. Par exemple, une mère dit : *«j'ai peur de pas savoir c'est quoi qu'y arrive [à son bébé]»*, une autre déclare : *«y faisait pas ça à l'hôpital [mon bébé] pis là j'me dis c'est quoi ça ? C'est tu grave ?»*.. De plus, il faut considérer la disproportion qui existe entre le besoin d'acquérir des connaissances exprimées

par les mères lors du retour à domicile comparativement à celui des pères. Ce résultat concorde avec ceux des études de McVeigh (1997) et de Hall (1994), qui suggèrent qu'encore aujourd'hui la nouvelle mère est tenue implicitement responsable des soins du bébé en postnatal.

### **Pères**

Tout comme pour les mères, il semble que les besoins de partager ses préoccupations et d'apprendre soient importants non seulement pour les mères, mais aussi pour les pères. Leurs besoins d'acquérir des connaissances et des habiletés se démarquent des autres besoins psychologiques, lors du séjour à l'hôpital, par sa fréquence d'expression. Nous associons ce résultat au fait que 6 pères sur les 7 sont demeurés à l'hôpital avec leur conjointe et ont pris soin de l'enfant. Il est tout à fait logique de penser que ces pères qui se sont occupés davantage des bébés à l'hôpital, sont par conséquent plus conscients de ce qui leur manque comme connaissances et habiletés pour exercer leur rôle de parents. Fait à remarquer, le besoin d'acquérir des habiletés est même plus élevé chez le père à l'hôpital que chez la mère. Cela nous dit deux choses : d'une part, que le père est souvent préoccupé par la technique, «le comment on prend un bébé», «on le change de couche», «on lui donner son bain». D'autre part, cela rejoint les propos de Watson et al. (1996), qui soulèvent le manque de modèle de rôle de père engagé dans les soins d'un enfant. Cette lacune explique en grande partie le stress et les besoins que les nouveaux pères expriment et leurs besoins d'apprentissage en postnatal immédiat.

Le quatrième besoin ressortant comme plus important pour les deux parents est celui de réorganiser la routine quotidienne».

### **Besoin de réorganiser la routine quotidienne**

Nos résultats montrent, comme le soulignent Provost et Tremblay (1991), que les parents primipares font face à tout un réaménagement de leur vie à deux. Les pères et les mères de cette étude font valoir l'importance qu'ils accordent à concilier la vie familiale, leur vie plus personnelle et de couple, avec le travail et leur vie sociale avec leur entourage.

### **Mères**

Ce qui émerge surtout du discours des mères, c'est la volonté de répondre aux besoins de leur famille au détriment même de leurs propres besoins, si nécessaire (Barclay et al., 1997; McVeigh, 1997). La mère se trouve devant de multiples tâches qui exigent d'elle en tout temps. L'allaitement maternel est identifié à maintes occasions par les mères comme une tâche ardue qui rend plus difficile l'organisation de toute la vie familiale. Par conséquent, la mère se consacre davantage à répondre au besoin alimentaire de son bébé en l'allaitant, elle a souvent alors moins de temps et d'énergie à accorder aux autres obligations de la maisonnée (Courville, 1995). Le soutien du conjoint est, en ce sens, indispensable pour partager les tâches et responsabilités. L'organisation de la routine quotidienne se façonne ainsi au fil des jours.

Plusieurs auteurs, dont Martell (1996) et Rubin (1984), déclarent que la mère organise et prépare dès l'hôpital son retour à la maison. Cela semble cohérent avec nos résultats. Il semble que les mères interrogées soient, dès l'hospitalisation, préoccupées par leur retour à la maison et leurs inquiétudes sont compréhensibles puisqu'elles ne savent pas ce que sera la routine quotidienne une fois à la maison avec leur bébé. Elles le disent d'ailleurs très bien, une fois à la maison, que la vie avec un bébé demande de repenser la façon de vivre presque chaque minute du quotidien.

### **Pères**

Les pères, de leur côté, indiquent l'importance qu'ils accordent à leur travail professionnel dans l'organisation de la routine quotidienne. Deux extraits sont éloquentes à cet égard : *«C'est difficile de me concentrer à l'ordinateur [à son travail], j'm'endors, c'est difficile d'être fonctionnel et productif...»* (P<sub>20</sub>). *«... y'a pas rien, on va essayer mes boss sont pas trop stressés avec moi»* (P<sub>6</sub>).

Ces répliques montrent comment les pères sont préoccupés par leur travail à l'extérieur. Est-ce un lien à faire avec les écrits de Tiedje et Darling-Fisher (1996) qui affirment que les pères sont encore de nos jours plus valorisés par leur rôle de travailleur à l'extérieur que par leur rôle de père ?

Comme nous l'avons souligné, nous pensons que les pères d'aujourd'hui sont, pour la plupart, plus engagés auprès de leur famille qu'ils ne l'étaient par le passé (Anderson, 1996;

Broué et Rondeau, 1997; Chalmers et Meyer, 1996). Toutefois, cela n'empêche pas que le père «nouveau style» se heurte encore à des pressions sociales qui valorisent la productivité au travail et freinent l'épanouissement de la paternité. C'est probablement pourquoi les changements de mentalité quant au rôle d'un père s'effectuent si lentement.

En même temps que l'on constate l'importance que le père peut accorder à son travail, on sent également un désir de sa part de diminuer parfois le temps prévu au travail pour se consacrer davantage à la vie familiale. Nous pensons que le besoin d'être compris exprimé par les pères se rapproche beaucoup de l'importance qu'ils accordent à leur travail, puisque tous les extraits de verbatim liés au besoin d'être compris touchent le travail des pères, comme en témoignent ces deux exemples : «... *mé d'être compris par mon milieu de travail...[le père veut s'impliquer dans sa famille]*» (P<sub>1</sub>9) et «... *la compréhension de mon patron qui m'a laissé le temps nécessaire du retour à la maison*» (P<sub>1</sub>J<sub>1</sub>). Les exemples montrent non seulement comment le travail est important pour eux, mais aussi à quel point ils ont besoin d'être soutenus par les autres dans l'adaptation à leur nouvelle situation.

Un autre résultat concernant les besoins psychologiques des pères à l'étude mérite que l'on s'y arrête. Contrairement à certains écrits (MSSS, 1993; Starn, 1993), aucun père n'a exprimé le besoin d'être encouragé à exercer son rôle à l'hôpital, ou à domicile. Cet extrait de verbatim suggère une raison possible à cette attitude : «...*pis j'trouvais ça correct aussi [que l'infirmière s'occupe plus de sa conjointe], y'allaient plus vers la mère, cé normal, cé elle qu'on doit s'occuper*»

De plus, il faut penser que ce n'est pas dans les mœurs et coutumes, ni dans l'habitude des hommes de demander d'être encouragé à exercer certaines fonctions. Néanmoins, même s'ils n'expriment pas le besoin ouvertement, par pudeur peut-être, ils sont souvent fiers d'accepter des commentaires positifs sur leur conduite auprès de l'enfant ou de leur conjointe.

La discussion concernant les besoins psychologiques des parents primipares en postnatal immédiat se termine pour faire place à la présentation de nos résultats sur le besoin de soutien des nouveaux parents.

#### **4.2.3 Résultats de l'analyse catégorielle de contenu de la rubrique III : Besoin d'un réseau de soutien**

Bien que le fait d'avoir un enfant soit un phénomène valorisé dans notre société, il n'en demeure pas moins que les nouveaux parents font face à beaucoup de changements, de responsabilités qu'ils doivent assumer en peu de temps.

Le besoin des parents d'un réseau de soutien fait référence à l'accessibilité, à la disponibilité et à l'aide de la part de ressources formelles et informelles présentes dans leur environnement. Les nouveaux parents cherchent activement à être accompagnés par les membres de leur réseau social afin de développer expertise et confiance.

La disponibilité d'un réseau jugé aidant et satisfaisant pour le couple contribuera à aider les

parents à apprivoiser leurs nouvelles fonctions et à amoindrir les exigences liées au devenir parent.

De cette rubrique, émergent 2 catégories associées respectivement au besoin d'un réseau formel et informel. De celles-ci, découlent 7 sous-catégories déterminées à partir du discours des parents au sujet de leur besoin de soutien en postnatal immédiat.

**Tableau VIII**

**Rubrique III : Besoin d'un réseau de soutien : catégories (2) et sous-catégories (7)**

<i>Rubrique</i>	<i>Catégories</i>	<i>Sous-catégories</i>
Besoin d'un réseau de soutien	1. Besoin d'un réseau formel	1. Besoin d'avoir accès à des ressources formelles 2. Besoin de percevoir de la disponibilité des ressources formelles 3. Besoin d'avoir une aide offerte par les professionnels 4. Besoin d'avoir une continuité de soins des ressources formelles
	2. Besoin d'un réseau informel	1. Besoin de disposer d'un réseau informel 2. Besoin d'avoir de l'aide du réseau informel 3. Besoin d'être en contact avec le réseau informel

#### **Catégorie 1 : Besoin d'un réseau formel**

Le besoin d'un réseau formel fait référence à l'existence connue de ressources pouvant venir

en aide aux nouveaux parents dans le réseau de la santé. Ces ressources sont accessibles et disponibles en centre hospitalier par les infirmières, les médecins, la clinique mère-bébé, ensuite au domicile par les C.L.S.C., les cliniques médicales et la ligne téléphonique *Info-santé*. Les parents souhaitent que les professionnels soient proactifs dans le sens où ils leur offrent de l'aide dans un contexte de continuité dans les soins.

La catégorie «besoin d'un réseau formel» se subdivise en quatre sous-catégories: le besoin d'avoir accès à des ressources formelles, le besoin de percevoir de la disponibilité des ressources formelles, le besoin que l'aide soit offerte par les professionnels et que les soins soient donnés dans la continuité.

#### ***Besoin d'avoir accès à des ressources formelles***

L'accès à des ressources formelles se dit de la présence d'infrastructures de services dans l'environnement des parents pour permettre une dispensation de soins variés selon les besoins de chacun.

Plusieurs parents font allusion au besoin d'avoir accès à des ressources formelles dans les données recueillies : *«j pense qu'on a l'information par téléphone si jamais...»* (M<sub>1</sub>10). *«Cé comme info-santé ... tu peux t'attendre à parler à un professionnel...»* (P<sub>1</sub>13). *«On a des rendez-vous avec le médecin»* (P<sub>3</sub>21). *«Si y'a d'quoi, on reste pas à porte... 20-25 minutes de l'hôpital»* (P<sub>5</sub>14).



### ***Besoin de percevoir de la disponibilité des ressources formelles***

En plus d'avoir accès à des ressources, les parents accordent de l'importance au temps que le personnel peut leur consacrer pour les aider.

À maintes occasions, les parents participants ont exprimé comment ce besoin était important pour eux : *«l'temps disponible qu'y avait [les infirmières] tout suite elle voyait...»* (M<sub>3</sub>2). *«Sont accueillants [le personnel], y sont là pour aider»* (P<sub>5</sub>7). *«Au début [quand t'a ton bébé], [l'infirmière devrait] tu prends l'temps d't'assire avec la personne... jaser avec elle...»* (P<sub>2</sub>6).

### ***Besoin que l'aide soit offerte par les professionnels***

Les parents expriment le besoin que l'aide matérielle et humaine leur soit offerte plutôt que d'avoir à la prévoir et à la demander. Que les professionnels soient proactifs dans les soins aux nouveaux parents. Pères et mères s'expriment sur ce besoin :

*«Des fois y vont au devant dé coups [les infirmières]»* (P<sub>4</sub>9). *«J'aurais apprécié ça qu'elle me propose une ote position [pour l'allaitement]»* (M<sub>3</sub>3). *«Y'arrivait pis y donnait ça spontanément [des conseils de l'infirmière] comme ça pis j'trouve que c'était dé renseignements importants»* (P<sub>3</sub>3). *«J'aurais aimé ça, pas qu'à devance [l'infirmière] mais initie»* (M<sub>2</sub>8). *«À l'aurait préféré s'sentir plus «coacher»»* (P 5). *«On est vraiment laissé à nous autres même»* (M<sub>2</sub>2). *«Y aurait pu dire «là pose moi té questions», une personne-ressource»* (M<sub>2</sub>4).

### ***Besoin d'avoir une continuité de soins des ressources formelles***

Les parents verbalisent leur souhait qu'il y ait un lien, une cohérence, un suivi entre les ressources pour faciliter le contact avec le personnel dans un esprit de continuité de soins.

Les sujets à l'étude souhaitent l'établissement d'un lien plus étroit entre les intervenants et aussi une transmission uniforme des informations données aux nouveaux parents. Devant la multiplicité des intervenants et les divergences d'opinions, les parents ne savent plus qui croire ni quoi faire. Trois exemples tirés des propos des sujets illustrent ce besoin :

*«là té rendu peut-être à la vingtième personne que tu rencontres pis à chaque fois à t'pose lé mêmes questions...» (M<sub>2</sub>9). «Quand l'ote personne s'contredise, s'dit cé quoi qu'yé l'mieux pour le bébé» (M<sub>3</sub>2). «...lé différences d'opinions, ça s'contredit tout l'temps [les infirmières entre elles]» (M<sub>4</sub>7).*

## **Catégorie 2 : Besoin d'un réseau informel**

La catégorie «Besoin d'un réseau informel» fait appel, pour les nouveaux parents, à l'existence d'un soutien possible de la part de leur entourage. Il semble que la présence, les contacts et l'aide de la famille, des amies et amis et des ressources communautaires soient un besoin essentiel lors de la transition au parentage.

Le besoin d'un réseau informel se divise aussi en sous-catégories (3). Les parents primipares de l'étude veulent de la disponibilité de leur réseau informel; plus encore, ils veulent de l'aide concrète une fois à domicile. Aussi apprécient-ils les contacts avec ceux qui les entourent pour partager leur joie et leur expérience.

### ***Besoin de disposer d'un réseau informel***

Les parents primipares de l'étude ont besoin de savoir que certains de leurs proches sont disponibles pour les soutenir en cas de besoin. De nombreux exemples corroborent ce besoin: «*j'peux compter sur mé parents...*» (M<sub>4</sub>20). «*J'ai une de mes amies, à m'a dit appel moi n'importe quand...*» (M<sub>4</sub>20). «*Y'a du monde autour, j'sens qu'on é épaulé*» (P 11). «*J'aimerais ça avoir quelqu'un de plus près chez-moi pour prendre la relève*» (P<sub>7</sub>4).

### ***Besoin d'avoir de l'aide du réseau informel***

Avoir la disponibilité de son réseau informel fait du bien aux nouveaux parents, mais parfois cela ne suffit pas. C'est alors que la présence du réseau et son aide concrète est sollicitée. L'entourage peut offrir un support matériel ou humain comme aider à l'entretien de la maison, faire les repas, s'occuper du bébé, donner un répit aux parents, etc.

Les participants exposent à de nombreuses occasions la nécessité d'avoir l'aide de leur réseau informel:

*«Mé parents sont là-bas [à notre maison]» (M<sub>6</sub>5). «J'ai hâte à demain sa mère arrive [à sa conjointe] » (P<sub>5</sub>17). «Pis l'aide que j'sais que j'va avoir de [son conjoint] , d'mé parents ou de mon entourage» (M<sub>2</sub>10). «[L'aide la plus utile] de ma mère changer le bébé, lui donner son bain, laver son linge» (M<sub>5</sub>J1). Un dernier exemple ressort particulièrement «*beaux parents !!! je me sens presque dans l'paradis, je peux bien manger et dormir un petit peu plus*» (P<sub>5</sub>J4).*

### ***Besoin d'être en contact avec le réseau informel***

Père et mère vivent la naissance de leur enfant comme un événement marquant de leur vie.

Ils souhaitent bien souvent partager avec leurs proches leur joie, leur montrer ce petit bébé attendu de tous mais aussi continuer le plus possible leurs activités sociales précédant la naissance. Souvent les parents expriment la nécessité d'avoir des modèles de rôle dans leur entourage pour faciliter leur apprentissage, comme la mère qui s'exprime ainsi: *«J'ai besoin d'avoir un modèle de quelqu'un que j'vois dans mé amis proches»* (M<sub>4</sub>21). D'autres encore disent :

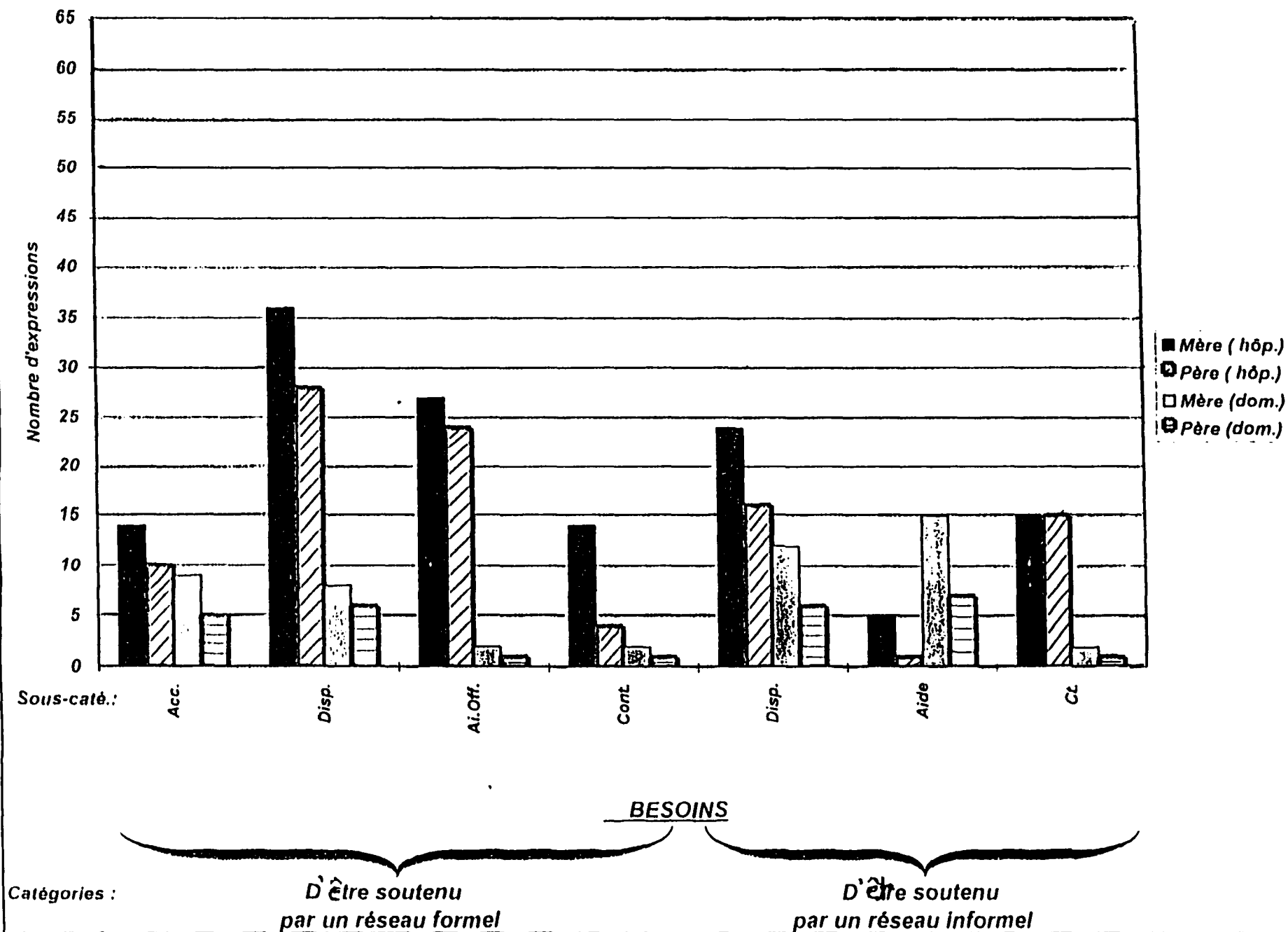
*«... de jaser de notre bébé avec des amis(es)»*(M<sub>4</sub>9). *«J'ai le goût qui viennent [les amies, famille] l'prenne tout ça»* (M<sub>4</sub>19). *«La seule chose que j'trouve plate c'est qu'on soit loin de parents... y l'verront pas grandir...»* (P<sub>4</sub>6). *«... de faire de p'tites visite, d'aller montrer l'bébé»* (M<sub>1</sub>7).

#### **4.2.3.1 Analyse statistique descriptive des besoins d'un réseau de soutien des mères et des pères (rubrique III).**

Comme le démontrent les résultats présentés précédemment, les nouveaux parents éprouvent plusieurs besoins de soutien. Les ressources formelles et informelles représentent des alliées fondamentales pour favoriser l'adaptation des parents. Chacune de ces ressources contribue à sa façon à aider les parents primipares à acquérir connaissances, habiletés, confiance et compétence dans leur nouveau rôle.

Le graphique 3 (à la page 135), illustre la fréquence d'expression de chaque besoin de soutien exprimé par les parents primipares.

**GRAPHIQUE 3** Fréquence d'expression des besoins de SOUTIEN chez les mères et les pères



#### **4.2.3.2 Discussion sur le besoin d'un réseau de soutien des mères et des pères (rubrique III)**

Tout comme pour les besoins psychologiques discutés un peu plus tôt, il s'avère que les besoins de soutien des pères soient analogues à ceux exprimés par les mères avec des intensités différentes. À part quelques études qui mentionnent l'importance du soutien mutuel entre conjoints lors de la transition au parentage, aucun écrit à notre connaissance ne nous renseigne sur ce qu'un père peut ressentir comme besoin de soutien à cette période précise de la transition au parentage. Il est, par conséquent, difficile de discuter et de mettre en lien nos résultats avec les écrits scientifiques sur le sujet. Les résultats obtenus dans cette étude viennent ajouter à la connaissance et démontrer une facette du vécu des pères méconnue jusqu'à ce jour.

Plusieurs auteurs ont antérieurement observé que les nouveaux parents ont besoin de soins aidants lors de la transition au parentage (Keppler, 1995; Ruchala et Halstead, 1994). Nos résultats confirment ces observations mais plus encore, les précisent en faisant ressortir le besoin de réseaux de soutien formel et informel chez les pères et les mères primipares.

Les besoins qui occupent une place prédominante (voir graphique 3) sont ceux de percevoir de la disponibilité du réseau formel, de se faire offrir de l'aide par les professionnels et de disposer d'un réseau informel. Ces trois mêmes besoins ressortent aussi par rapport au nombre de sujets à l'étude qui les expriment et par rapport à l'importance qui leur est accordée par les participants.

**Tableau IX****Besoins prioritaires des mères et des pères en ce qui a trait au réseau de soutien**

<b>Mères et pères</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percevoir de la disponibilité des ressources formelles</li> <li>- D'avoir une aide offerte par les professionnels</li> <li>- Disposer d'un réseau informel</li> </ul>

Il est intéressant de constater que les deux types de soutien (formel et informel) sont représentés dans les besoins les plus fréquemment mentionnés par les deux parents, d'où l'importance de toujours considérer les deux types de soutien dans le vécu des nouveaux parents.

**Besoin de percevoir de la disponibilité du réseau formel**

Le besoin de percevoir de la disponibilité du réseau formel apparaît comme la priorité pour les deux parents à l'hôpital. Le graphique 3 montre l'écart de la fréquence d'expression de ce besoin comparativement aux autres besoins de soutien. Tous les participants l'ont mentionné durant l'entrevue. Les parents primipares désirent que les professionnels aient de la disponibilité pour les soutenir.

Le manque de connaissance, d'habiletés et de confiance des parents primipares font que ceux-ci se tournent vers des personnes qualifiées dans le domaine auprès desquelles ils

peuvent se ressourcer au fur et à mesure des événements. Le temps et l'énergie que prend le personnel pour soutenir les parents viennent combler un vide qu'ils ressentent très intensément face à l'inconnu qui entoure la venue de leur premier bébé. La seule connaissance d'un réseau fait du bien aux nouveaux parents soulignent Mercer et al. (1993) et Pridham (1997) .

### **Mères**

Plusieurs scientifiques se sont attardés aux besoins de soutien des nouvelles mères (Bradley et Carty, 1990; Curry, 1993; Hall et Carty, 1993; Hanvey 1990 et Romito et Zalatéo, 1992). Tous semblent s'accorder pour dire que les nouvelles mères ont besoin de ressources formelles pour les aider dans les heures et les jours qui suivent la naissance. Hall et Carty (1993) et Séguin et al. (1993) précisent même que c'est la disponibilité de ces ressources qui aidera le plus les nouvelles mères dans leurs apprentissages en postnatal. Ces propos s'apparentent aussi à ceux de Barclay et al. (1997) et de Ruchala et Halstead (1994) qui indiquent que la mère a besoin d'un réseau de soutien «près d'elle».

L'étude de Courville (1995) sur l'allaitement maternel va dans le même sens. La mère a besoin de temps et d'être accompagnée émotionnellement dans ses apprentissages. Elle a, en plus, besoin de l'expertise de l'intervenant de la santé tout en trouvant difficile de devoir demander continuellement cette aide. C'est pourquoi elle apprécie quand les intervenantes et intervenants sont proactifs en lui offrant l'aide.



### **Pères**

Le besoin de percevoir de la disponibilité du réseau formel ressort aussi avec importance pour les pères à l'étude. Cependant, il est difficile de comparer nos résultats à ceux d'autres études sur le sujet puisqu'à notre connaissance, aucune étude ne révèle ces besoins de soutien dans la première semaine postnatale. Tout comme la mère, le père apprécie que l'aide lui soit offerte par les professionnels de la santé.

### **Besoin d'avoir une aide offerte par les professionnels**

### **Mères**

L'expression de ce besoin chez six (6) mères à l'étude met en évidence les propos de plusieurs auteurs cités dans la recension des écrits. Comme Keen-Payne et Bond (1997) le faisaient remarquer, la pensée d'une société individualiste valorisant la performance, rend difficile la dépendance des nouvelles mères en postnatal. Cependant, Hanvey (1990) et Wotton (1992) affirment, à la suite de leurs études respectives, que les mères aiment que le soutien offert des autres. D'ailleurs, la fréquence d'expression de ce besoin le démontre bien. Ce constat suggère que les professionnels de la santé, plus spécifiquement les infirmières qui oeuvrent auprès des nouveaux parents, soient plus actives en offrant leur soutien. La même suggestion est mentionnée par Lepage (1984), Sally et al. (1992) et Wotton (1992). Les travaux de Bailey et al. (1993) et du Gouvernement du Québec en ce qui a trait aux priorités nationales en matière de soutien aux rôles parentaux (1997), viennent conclure dans le même sens que les études citées plus haut en recommandant des

interventions proactives et précoces dans le soutien aux nouveaux parents en postnatal.

### **Pères**

Le besoin que l'aide soit offerte par des professionnels exprimé par six (6) pères à l'étude et la fréquence d'expression de ce besoin suggèrent que, pour les pères, il est aussi difficile de demander de l'aide. C'est pourquoi les intervenants devront tenir compte de ce besoin chez les pères dans leurs soins axés vers tous les membres de la famille.

Au-delà du soutien professionnel, existe un réseau plus informel mais non moins important.

Le besoin prioritaire qui se dégage est celui de la disponibilité de ce réseau de soutien informel.

### **Besoin de disposer d'un réseau informel**

Lorsque notre stratégie d'analyse statistique a mis en relation la fréquence d'apparition de chaque besoin de soutien avec le nombre de personnes qui l'expriment, et finalement le besoin de soutien perçu comme le plus important pour chaque participant, le besoin de disposer d'un réseau informel est ressorti comme le plus important. Sept mères et 6 pères l'ont exprimé et 6 parents ont jugé ce besoin comme le plus important. Ce besoin représente donc une priorité pour les parents primipares dès l'hospitalisation. On peut se demander pourquoi mères et pères ressentent déjà ce besoin lors de leur séjour à l'hôpital.

### **Mères et pères**

Il semble plausible de croire que le retour à la maison soit toujours anxiogène pour les parents primipares qui imaginent difficilement ce qu'est de vivre avec un bébé. La seule pensée de se retrouver subitement face à toutes les responsabilités qui les attendent les rend souvent stressés et les amène à souhaiter, dès l'hospitalisation, la disponibilité potentielle de leur réseau informel de soutien lors de leur congé. Nous pensons, de plus, que le court séjour peut, à la rigueur, accélérer l'expression de ce besoin. Le peu de temps passé maintenant à l'hôpital après une naissance entraîne la nécessité, pour les parents, d'envisager un autre type de soutien pouvant compenser celui du centre hospitalier. La grande fatigue, l'allaitement plus ou moins maîtrisé, les difficultés à se mouvoir, les préoccupations et le grand besoin d'apprendre peuvent être des manifestations de besoins non-répondus chez la mère lors de son congé de l'hôpital. Cela peut alors déclencher la nécessité pour ces parents de percevoir, dès l'hospitalisation, le besoin de la disponibilité venant de leur réseau informel (Pridham, 1997).

D'autres résultats de l'analyse descriptive peuvent être mis en évidence et faire partie intégrante de la discussion. Le graphique 3, à la page 135, permet de voir que le besoin d'accessibilité à un réseau formel reste encore important pour les sujets même à leur domicile. Cela nous apparaît tout à fait normal puisque les parents se rendent compte que les professionnels ne sont pas à proximité d'eux comme lors du séjour à l'hôpital.

Plusieurs écrits suggèrent la nécessité de soutenir les parents dans leur adaptation. Cette adaptation ne se termine pas à la sortie de l'hôpital, mais c'est là qu'elle se poursuit plus vraisemblablement. Nous pensons que c'est à leur départ de l'hôpital que les parents prennent vraiment conscience de l'impact de ne plus avoir les professionnels à portée de la main. En ce sens, Rush et Ruta (1992) n'ont pas tort de dire que le court séjour oblige l'établissement à des ressources formelles d'aide aux parents. Il faut compenser le manque de soutien créé par la sortie accélérée des mères avec leur enfant. C'est ce qui explique probablement pourquoi les besoins d'accessibilité et de disponibilité du réseau formel se font encore sentir chez les parents participants après leur retour chez eux. L'appui de leur réseau informel reste aussi essentiel (Barclay et al., 1997; Ruchala et Halstead, 1994). Après le retour à domicile, la disponibilité du réseau informel ne suffit plus, c'est l'aide concrète que les parents souhaitent maintenant de leur entourage. Il est, en ce sens, tout à fait logique de voir surgir le besoin d'aide en première importance pour les nouveaux parents une fois à la maison. Courville (1995) parle d'aide tangible, d'aide émotive, d'encouragement, d'écoute et d'aide informative.

Les nouveaux parents expriment aussi un besoin de contact avec leurs proches lors du séjour à l'hôpital. Le désir de montrer leur bébé, partager leur joie et leur expérience a souvent été exprimé par les sujets à l'étude. Toutefois, ce besoin diminue considérablement après le retour à la maison. Les sujets à l'étude manifestent de la fatigue et un manque d'énergie qui les rendent moins disposés à entretenir des contacts avec leur entourage.

Ces dernières réflexions viennent conclure la discussion concernant les besoins de soutien des parents primipares.

#### **4.2.4 Synthèse des résultats de l'analyse qualitative de contenu et de l'analyse descriptive**

Les résultats de l'analyse qualitative de contenu mettent en perspective le vécu des parents primipares face à leurs besoins en postnatal immédiat. Nous avons noté un certain nombre de besoins physiques desquels se démarque nettement le besoin de dormir chez les deux parents. Des besoins psychologiques ressort l'importance, pour les parents participants, de partager leurs préoccupations, d'apprendre, d'avoir de l'intimité et de réorganiser leur routine quotidienne. Les besoins de soutien font également état de la nécessité qu'ont exprimée les parents primipares de percevoir la disponibilité des réseaux formel et de leur réseau informel de soutien pour aider leur adaptation. Les données recueillies à l'hôpital et au domicile des parents montrent que plusieurs de ces besoins persistent, d'autres s'ajoutent et d'autres diminuent.

L'analyse descriptive des résultats a permis, de son côté, d'illustrer la fréquence d'expression d'un besoin par rapport à un autre chez les mères et les pères à l'étude. Comme L'Écuyer (1990) le propose, nous pensons *à posteriori*, qu'il peut exister un lien logique entre la fréquence d'apparition d'un besoin et l'importance que l'émetteur y accorde. Dans notre étude, il s'est avéré, à une exception près (le besoin de s'alimenter selon son appétit), que les

besoins les plus souvent exprimés étaient aussi ceux perçus comme les plus importants, et ce, par la majorité des sujets participants.

Les résultats de cette analyse descriptive suggèrent que les pères et les mères primipares voient les mêmes besoins psychologiques et de soutien comme prioritaires en postnatal. Cependant, nous pensons que l'intensité de ces besoins est plus grande chez les mères en raison de la fréquence d'expression de ces besoins dans leur discours. Les besoins physiques manifestés en plus grand nombre chez les mères semblent tout à fait logiques avec le fait qu'elles ont accouché de l'enfant.

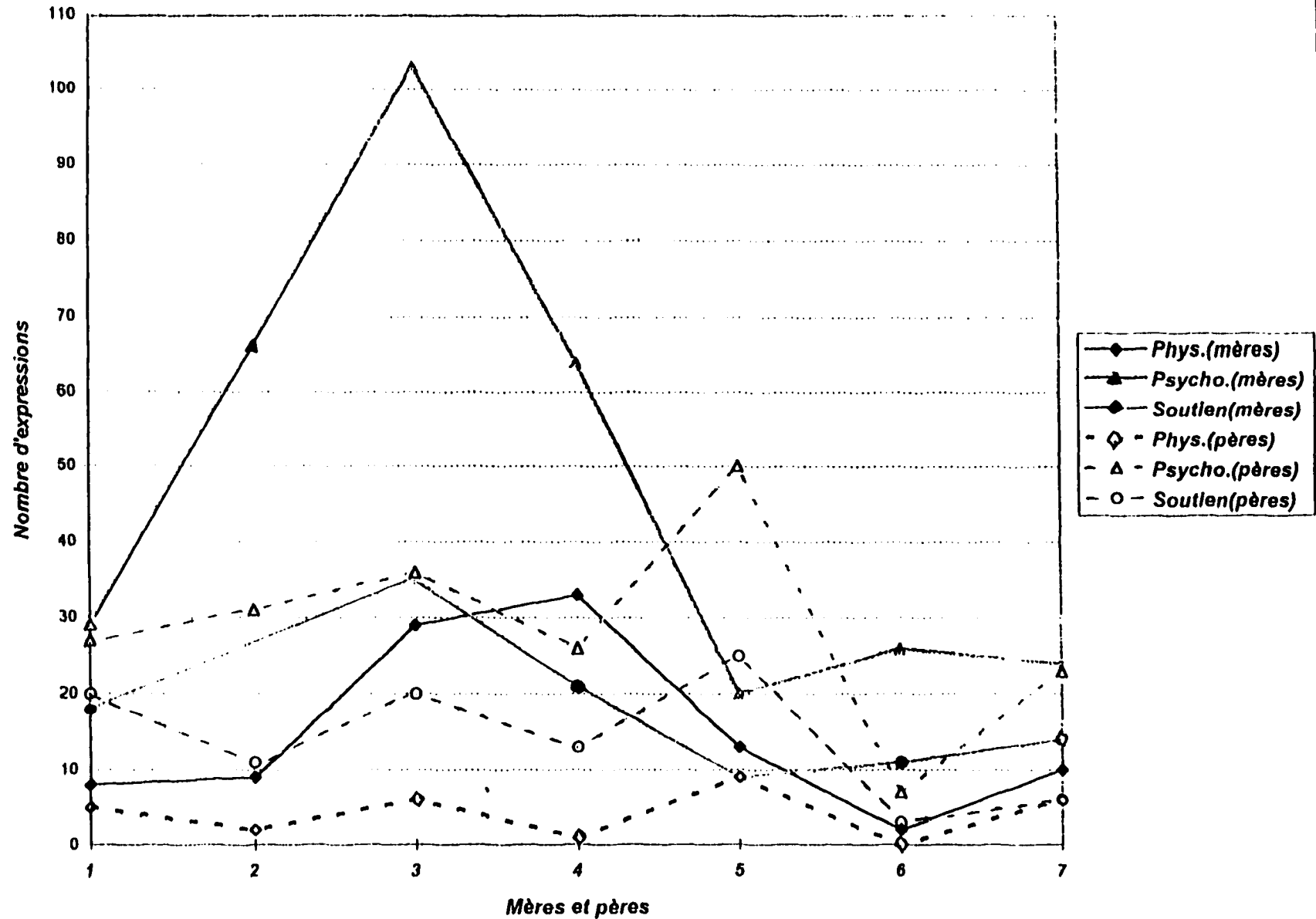
Dans la partie portant sur la présentation des résultats, nous avons tenté d'expliquer et de mettre en relation avec les écrits scientifiques les faits saillants de la présente étude. Toutefois, nous pensons essentiel de clore la discussion sur une note plus générale, afin d'englober et de relativiser les différents besoins des parents primipares en postnatal immédiat.

Pour ce faire, nous proposons, dans un premier temps, à l'aide du graphique 4 (à la page 145), une synthèse des besoins exprimés à l'hôpital par les mères et les pères. Dans un deuxième temps, nous résumons les besoins respectifs des deux parents à leur domicile à l'aide du graphique 5 (à la page 148).

Ces illustrations servent en fait de prémisses à quelques commentaires qui termineront la discussion par rapport aux résultats de l'étude.

#### GRAPHIQUE 4

*Profil des besoins physiques, psychologiques et de soutien  
des 7 mères et des 7 pères à l'HÔPITAL*



#### **4.2.4.1 Besoins exprimés à l'hôpital par les mères et les pères**

Le graphique 4 (à la page 145) montre très bien l'importance des besoins psychologiques dans le vécu des deux parents lors du séjour à l'hôpital à la suite de la naissance de leur premier bébé. Une tendance semble se dessiner : les mères et les pères qui expriment le plus grand nombre de besoins psychologiques sont souvent les personnes qui manifestent aussi le plus de besoins physiques et de soutien. Cette observation peut laisser croire qu'il existe un lien entre les différentes catégorisations de besoins ressentis par les nouveaux parents dans leur vécu.

Certains partenaires expriment de façon très similaire leurs besoins respectifs à tous les niveaux et d'autres présentent, au contraire, de grandes variabilités entre eux. On peut en déduire que la personnalité de chacun, le vécu de l'accouchement et du postpartum, la dynamique de couple et les valeurs plus personnelles peuvent influencer l'expression des besoins en postnatal immédiat et expliquer ces fluctuations entre les parents participants.

Le graphique 4, à la page 144, fait ressortir les besoins psychologiques comme prioritaires dans le vécu des parents primipares. On pourrait facilement se demander si cela n'est pas attribuable au fait qu'ils n'ont pas eu de réponse à ces besoins durant l'hospitalisation et que le manque persiste lors du retour à domicile.

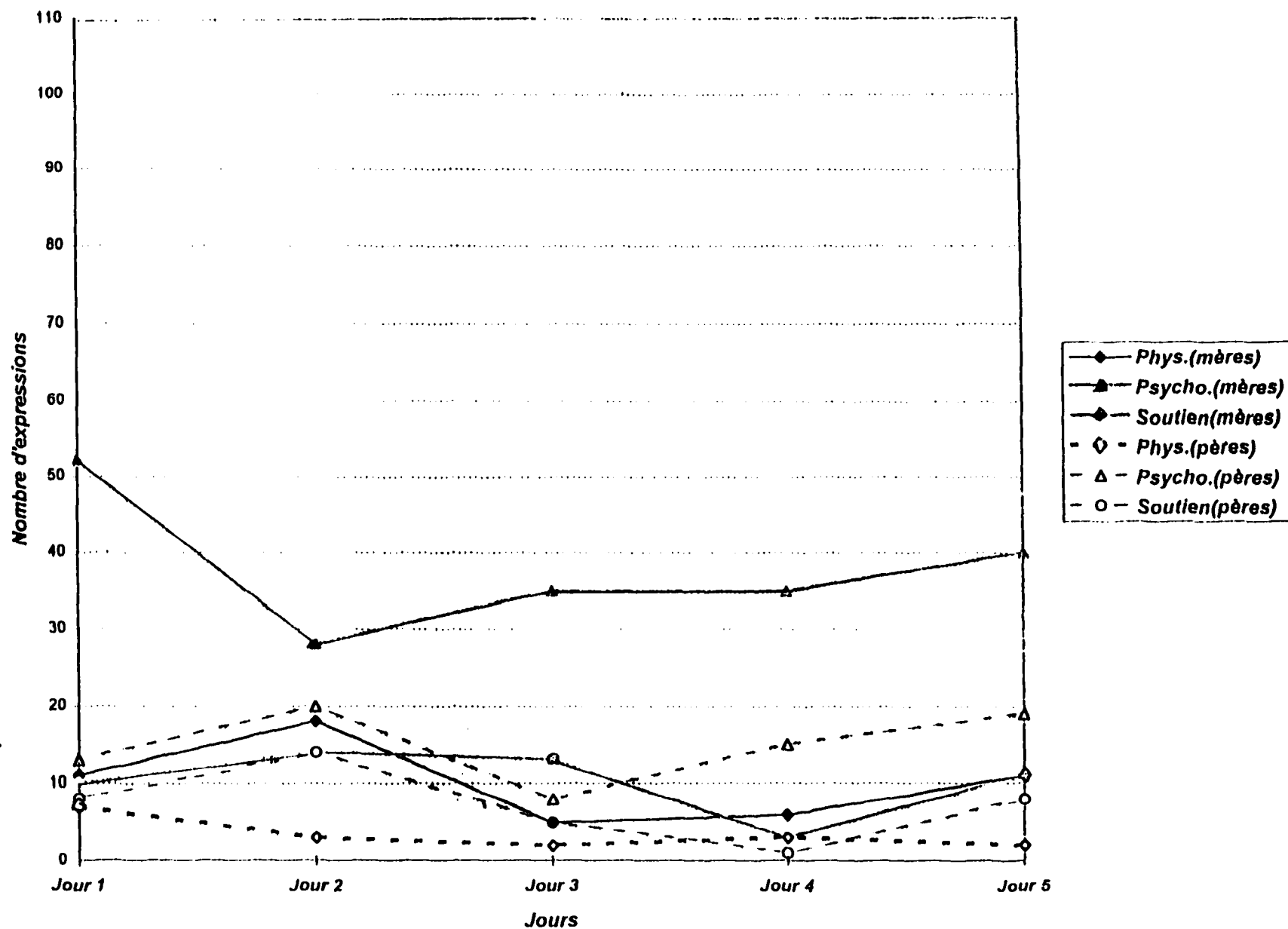


#### **4.2.4.2 Besoins exprimés à domicile par les mères et les pères**

Le graphique suivant met en perspective l'ensemble des besoins des mères, d'une part, et des pères, d'autre part, dans les cinq jours suivant le retour à domicile.

### GRAPHIQUE 5

**Profil des besoins physiques, psychologiques et de soutien des mères et des pères  
à DOMICILE durant les 5 premiers jours du retour à la maison**



À première vue ce qui capte notre attention concerne le tracé représentant les besoins psychologiques des mères de notre étude. Nous voyons concrètement l'apogée de la courbe dès le premier jour du retour à domicile. Cela rejoint les propos que nous avons tenus auparavant sur le stress que vivent les parents primipares lorsqu'ils arrivent chez eux avec leur poupon. Ce constat est d'autant plus vrai pour les mères participantes qui se sentent probablement plus responsables vis-à-vis des soins à leur bébé.

Le haut niveau des besoins psychologiques qui perdure durant la première semaine chez les mères peut être expliqué par le fait que l'apprentissage (le besoin d'apprendre) et l'acquisition de la confiance en soi (diminuer les préoccupations) prennent du temps à se réaliser. La première semaine postnatale est, en soi, un délai très court pour développer et intégrer, au sens large, son rôle maternel.

Encore une fois, cette illustration tend à démontrer que les besoins physiques et de soutien des mères sont intimement liés entre eux, mais c'est leur écart avec les besoins psychologiques qui saute le plus aux yeux.

Pour les pères participants, le graphique 5 suggère que les besoins suivent la même tendance qu'à l'hôpital, c'est-à-dire que le soutien, placé au second rang s'apparente davantage aux besoins psychologiques que physiques, contrairement au profil des mères.

Ces graphiques synthèses reproduisent les différentes rubriques de besoins, des mères et des pères, à l'hôpital et à domicile.

De plus, comme nous l'avons précisé au chapitre sur la méthode, il était convenu, dans le déroulement de l'étude, que la chercheuse principale se rendrait au domicile des parents participants, une semaine après la naissance du bébé, pour recueillir les journaux de bord et mettre fin à la démarche de collecte de données. Lors de cette dernière rencontre, nous avons pris le temps de boucler la démarche dans le cadre d'une entrevue-synthèse, dont le contenu fut analysé mais non codé. Nous trouvons important de présenter aussi ces résultats d'analyse afin de démontrer le lien logique qui se dégage dans les manifestations des besoins des nouveaux parents tout au long de la présente recherche.

#### **4.3      *ELÉMENTS RESSORTANT DE L'ENTREVUE-SYNTÈSE À DOMICILE***

Cette entrevue-synthèse de couple a eu lieu la sixième ou septième journée après la naissance au domicile des parents. Celle-ci a été enregistrée sur magnétophone avec l'accord des parents.

Sans vouloir reprendre les aspects déjà traités dans la première entrevue et le journal de bord, nous avons posé aux parents trois questions ouvertes en lien avec leur expérience, encore récente, d'être parents :

- 1- *«Comment vous sentez-vous dans votre nouveau rôle depuis votre retour à la maison?»*
- 2- *«Quels sont les événements qui sont arrivés et auxquels vous ne vous attendiez pas ?»*
- 3- *«Que pensez-vous du court séjour hospitalier ?»*

Presque tous les parents considèrent que leur nouveau rôle est très exigeant dès les premiers jours. La méconnaissance de ce qu'est la vie avec un bébé plonge les parents dans un univers d'apprentissage intense. Voici quelques témoignages : *«Je savais pas à quoi m'attendre, tout est surprise», «on doit tout apprendre, c'est toff»* [au sens de difficile].

Durant la rencontre, mères et pères reviennent spontanément sur certains de leurs besoins. Celui de dormir est souvent mentionné. Les parents verbalisent également ouvertement certaines de leurs préoccupations et expriment à maintes occasions le bien-fondé de recevoir de l'aide professionnelle et de leur famille dans la première semaine à la maison, après la naissance du bébé.

Plusieurs mères (4), durant l'entretien, ont manifesté avec beaucoup d'émotions leur désir de revenir sur leur expérience à l'hôpital et de parler rétrospectivement de leur vécu. Par ailleurs, selon leurs propos, il semble qu'à mesure que les jours passent, leur douleur physique diminue et la confiance en elles augmente.

L'affluence de visiteurs à leur domicile a été un événement marquant pour bon nombre de parents participants. Certains disaient : *«ça été effrayant», «je m'attendais pas à autant de*

*visites», «on savait pu où les mettre».*

Finalement, la perception des parents face au court séjour se résume sous deux aspects : l'un positif, où les parents sont heureux de se retrouver dans leur milieu de vie familial et plus calme; et l'autre, plutôt négatif, fait référence davantage aux sentiments des parents de manquer de soutien professionnel pour apprendre : *«on est pas prête à sortir... tout suite après l'accouchement», « le retour à la maison c'est pas comme à l'hôpital, t'a pu personne avec nous pour montrer les choses correctes».* La plupart des sujets à l'étude auraient apprécié, en ce sens, quelques jours de plus à l'hôpital.

En somme, on peut dire que le contenu général de cette entrevue-synthèse est tout à fait en lien avec le reste des données recueillies lors de l'entrevue à l'hôpital et à l'intérieur des journaux de bord. Les besoins manifestés de façon plus répétitive ont également été mentionnés verbalement par les parents à leur domicile une semaine plus tard. Ce constat nous permet de croire à une saturation des données et augmente indirectement la justesse de l'interprétation des résultats.

Sur ce, nous terminons la discussion en présentant les forces et les limites de cette étude. Les retombées de cette dernière pour la pratique en soins infirmiers et des avenues de recherche sont proposées lors de la conclusion qui suit.

#### ***4.4 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE***

L'originalité de cette étude réside dans l'identification et la compréhension des besoins physiques, psychologiques et de soutien des parents primipares. De plus, elle nous renseigne sur les besoins des pères qui jusque là étaient quasi inexplorés à la période postnatale immédiate. La collecte de données dans un contexte de court séjour trouve sa pertinence dans l'actuel virage ambulatoire. À notre connaissance, aucune étude n'a identifié les besoins de chaque partenaire après la naissance d'un premier bébé dans un tel contexte.

L'utilisation de quatre instruments de collecte des données, dont certains sous la forme orale et d'autres sous la forme écrite, a permis d'augmenter le corpus des données et de maximiser la variation de ces données. L'entrevue faite à l'hôpital ainsi que les journaux de bord remplis à domicile quotidiennement sont des façons complémentaires de recueillir les données. Cette triangulation de l'approche permet l'examen des contenus selon plusieurs angles et sur une plus longue période de temps.

La rigueur dans toute la démarche constitue une force importance de cette étude. Les maintes précautions, prises lors de la transcription, de l'analyse des données et de la validation de la catégorisation, viennent renforcer la consistance interne de cette recherche et augmenter la crédibilité des résultats obtenus (Laperrière, 1994). Chacun de ces résultats s'appuie d'extraits de verbatim témoignant de la représentation la plus fidèle des besoins exprimés par les parents à l'étude. La procédure suivie dans cette recherche est explicite et

permet à d'autres chercheuses ou chercheurs de reproduire l'ensemble de la démarche auprès d'un autre échantillon.

Bien que cette étude possède plusieurs forces, il importe également de reconnaître certaines limites afin que les résultats soient compris et utilisés à bon escient. Tous d'abord, soulignons que le changement dans notre stratégie de recrutement faite en postnatal plutôt qu'en prénatal, aurait pu jouer négativement en raison de la période de crise que les parents vivent suite à une naissance. Pourtant, aucun couple n'a refusé sa participation et lors des entrevues, les parents se sont exprimés aussi facilement que les parents recrutés en prénatal. Cela nous amène à penser que cette limite n'a pas influencé la qualité du matériel recueilli.

La classification des propos des parents à l'intérieur de notre grille catégorielle finale des besoins des parents, n'a pas été validée auprès des participantes et participants ce qui peut représenter une limite possible à la crédibilité de nos résultats.

Enfin, les deux plus grandes limites concernent le nombre restreint de sujets à l'étude ainsi que leurs caractéristiques plutôt semblables. On peut penser qu'à travers le discours d'un plus grand nombre d'individus qui ont des caractéristiques plus diversifiées, nous aurions pu nuancer et enrichir la conceptualisation des besoins des parents primipares. Toutefois, on doit se rappeler que cette étude ne visait pas la généralisation des résultats mais plutôt à jeter un regard sur l'expérience des sujets d'être nouveaux parents. D'autres études sont nécessaires pour poursuivre dans le même sens avec différentes populations.



**CONCLUSION**

**ET**

**RECOMMANDATIONS**

Cette recherche s'inscrit dans la foulée des changements apportés au système de santé du Québec et suit les priorités nationales et régionales valorisant le soutien aux rôles parentaux. Pour bien soutenir les parents, il faut, *à priori*, bien connaître ce dont ils ont besoin.

Cette étude a réalisé son objectif, qui était d'identifier les perceptions des 7 couples primipares de leurs besoins en postnatal immédiat. Cette recherche se démarque des précédentes par le fait qu'elle dresse un portrait qui tient compte à la fois des besoins physiques, psychologiques et de soutien de certaines mères et de certains pères primipares dans une population franco-québécoise.

Les résultats obtenus contribuent à augmenter la connaissance des besoins physiques, psychologiques et de soutien des nouveaux parents, et ce, particulièrement pour les pères, puisque aucun écrit recensé ne permettait de connaître leurs besoins si tôt après la naissance de l'enfant. Toutefois, ces résultats soulèvent un certain nombre de questions qui restent encore sans réponse, à savoir : est-ce que les besoins des mères et des pères multipares sont semblables à ceux des primipares ? Quelles seraient l'intensité et la nature de ces besoins à un mois postnatal ? Ces questions sont autant d'avenues de recherche qui permettront la poursuite de la quête de connaissances dans le domaine de la transition au parentage en postnatal.

En ce sens, il serait souhaitable que d'autres études valident notre grille de catégorisation auprès d'autres clientèles pour enrichir nos résultats en répliquant cette recherche à

différentes cultures, à différentes couches socioéconomiques et à différents âges de la parentalité, par exemple, avant vingt ans ou après quarante ans.

Notre étude s'est arrêtée à la perception qu'ont des parents de leurs besoins, d'autres pourraient s'attarder à connaître la perception des infirmières concernant les besoins des nouveaux parents à l'hôpital et une semaine plus tard à domicile afin de relever les similitudes et les incongruences.

Enfin, il serait également pertinent de poursuivre la recherche qualitative dans un univers plus large relié à la transition au parentage. En effet, une étude longitudinale orientée vers les besoins des parents avant, pendant et après la naissance jusqu'à un an, pourrait démontrer plus spécifiquement l'évolution de la parentalité et les besoins qui en découlent.

La connaissance globale des besoins des parents primipares à l'hôpital et durant la première semaine à domicile peut aussi avoir des implications sur la pratique en soins infirmiers.

La compréhension du vécu des nouveaux parents, ainsi que la connaissance de leurs besoins respectifs aideront les infirmières à intervenir de manière à répondre aux besoins réels des nouveaux parents. Il semble pertinent que les infirmières identifient des moyens pour aider les parents à satisfaire leur besoin de dormir dans un contexte de cohabitation. De plus, la grille de catégorisation finale montre comment les besoins des parents sont multidimensionnels. Elle montre aussi que leur évaluation doit s'effectuer dans une

perspective globale tenant compte à la fois des priorités physiques, psychologiques et de soutien.

Par ailleurs, les infirmières doivent être proactives dans leur pratique auprès des parents. Concrètement cela signifie de montrer de la disponibilité aux parents pour écouter leurs préoccupations en prenant soin de s'asseoir avec eux. D'autre part, la question de contradictions entre les informations reçues par différentes infirmières, soulevée par les parents à l'étude, entraîne la nécessité d'une action concrète visant à uniformiser l'enseignement offert aux nouveaux parents. Également, une relance téléphonique systématique pour tous les nouveaux parents ainsi qu'un suivi postnatal à domicile pourraient aider les infirmières à évaluer les besoins des parents et à y répondre. Pendant bien longtemps les infirmières se sont centrées sur les besoins des mères et sur ceux de leur bébé à la suite de l'accouchement. Maintenant, on peut dire que les besoins des pères sont aussi à considérer dans une approche centrée vers la famille.

Enfin, nous pensons qu'un soutien infirmier précoce à la mesure des besoins des parents aura comme résultat d'aider à développer la compétence parentale (Bradley et Carty, 1992) et une saine relation parents-enfant (Blank et al., 1995; Provost et Tremblay, 1991). De plus, il contribuera à aider la famille à améliorer son fonctionnement et aussi à promouvoir la santé mentale individuelle de chaque membre de la famille (Blank et al., 1995; MSSS, 1993). Un soutien infirmier approprié aidera le rétablissement physique et psychologique, la sécurité et la satisfaction des nouvelles familles (Blank et al., 1995; Steesma, 1993; Williams et Cooper, 1996).

## **RÉFÉRENCES**

- ADAM, M. (1963). Early concerns of primigravida mothers regarding infant care activities. Nursing research, 12, 72-77.
- ANDERSON, A.M. (1996). The father-infant relationship : becoming connected. Journal of the society of pediatric nurses 1(2), 83-92.
- ANDERSON, A. (1996). Factors influencing the father-infant relationship. Journal of family nursing (3) 306-324.
- BAILEY, P.H., MACEYEWSKI, T., KOREN, I. (1993). Combined mother and baby care: does it meet the needs of families ? Canadian journal of nursing research, 25 (3). 29-39.
- BARCLAY, L., EVERITT, L., ROGAN, F., SCHMIED, V., WILLIE, A. (1997). Becoming a mother, an analysis of women's experience of early motherhood. Journal of advanced nursing, 25, 719-728.
- BARDIN, L. (1991). L'analyse de contenu. Paris : Presses universitaires de France.
- BELL, L. (1996). Étude qualitative du concept d'attachement chez des mères et des pères à la période périnatale. Mémoire de Maîtrise. Université de Sherbrooke.
- BELSKY, J. (1986). Transition to parenthood. Medical aspects of human sexuality, 20, 56-59.
- BLACK, N. (1994). Why we need qualitative research. Journal of epidemiology and community health, 48 (5), 425-6.
- BLANK DEIDRE, M., SCHROEDER , M.A., FLYNN, J. (1995). Major influences on maternal responsiveness to infants. Nursing research, 8 (1), 34-38.
- BOEHM, K.E., DUGGAN, A.K., DINERMAN, L.M., Mc GOWAN, M.P., (1995). Social support of inner-city fathers and mothers. Archives pediatric adolescent medicine, 149, 868-872.
- BOUCHARD, C. CARIGNAN, P. (1991). Les moments heureux dans la vie des mères d'enfants de 0 à 5 ans. Modes, contextes et activités. P.R.I.S.M.E., 2, 112-120.
- BOUKYDIS, Z. (1986). Support for parents and infants. Department of medicine, Harvard medical school. New York and London.
- BOURRASSA, J., COUTURE, L., CYR, L., MALENFANT, R. (1986). Équipe prévention famille Québec : DSC du CHUL, Québec.

- BOWLBY, J. (1969). Attachment and loss, 1, New York : Basic Books.
- BRADLEY, C.F., CARTY, E. (1990). A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. Birth, 17 (4), 199-204.
- BRADLEY, C., CARTY, E., HALL, VENDY, (1989). An evaluation of early postpartum discharge from a tertiary care maternity hospital. Masters, British Columbia medical services foundation. Canada.
- BRITTEN, N., JONES, R., MURPHY, E., STACY, R. (1995). Qualitative research methods in general practice and primary care. Family practice, 12 (1), 104-14.
- BRITTON, J., BRITTON, H., BEEBE, S. (1994). Early discharge of the term newborn : a continued dilemma. Pediatrics, 94, (3) , 291-295.
- BROUÉ, J. RONDEAU, G. (1997). Père à part entière. Éditions Saint-Martin.
- BULL, M., LAWRENCE, D. (1985). Mother's use of knowledge during the first post-partum weeks. JOGN nursing, 315-320.
- BURNS, N., GROVE, S. (1993). The practice of nursing research. Philadelphie. W.B. Saunders company, second Edition.
- CANTIN, B. L. (1993). A study to describe and analyse the post-partum home visit made by public health nurses to primiparous women. Masters thesis faculty of nursing, University of Manitoba.
- CHALMERS, B., MEYER, D. (1996). What men say about pregnancy, birth and parenthood. Journal psychosomatic, obstetric and gynecology 17, 47-52.
- CONSEIL DE LA FAMILLE (1996). Recueil de réflexions sur la stabilité des couples-parents. Gouvernement du Québec.
- CONSEIL DE LA FAMILLE (1993). Penser et agir famille. Rapport de consultation, Dulac, G. Gouvernement du Québec.
- COURNOYER, M. (1990). Plus de coordination pour mieux atteindre les nouveaux parents. Apprentissage et socialisation, 13, (3), 196-204.
- COURVILLE, F. (1995). Comprendre l'expérience de l'allaitement maternel, un élément clé du soutien en soins infirmiers. Mémoire de maîtrise, Université Laval.

COWAN P.A., COWAN, C.P. (1988). Changes in marriage during the transition to parenthood : must we blame the baby. in G.Y. Michaels, W.A. Golberg. The transition to parenthood : current theory and research. Cambridge University press: Cambridge.

COWLEY, S. (1995). Exploring needs assessment in community nursing. Health visitor, 68 (8), 319-321.

CRABTREE, B.F. MILLER, W.L. (1992). Doing qualitative research : research methods for primary care. London : Sage publications.

CRONENWETT, L., WILSON, K. (1981). Stress, social support and the transition of fatherhood. Nursing research, 30 (4), 196-201.

CRONENWETT, L. (1985). Parental network structure and perceived support after birth of first child. Nursing research, 34 (6), 347-352.

CURRY, M.A. (1993). Variables related to adaptation to motherhood in «normal» primiparous women. JOGN nursing, 115-121.

DALBY, D., WILLIAM, I., HODNETT, E., RUSH, J. (1996). Post-partum safety and satisfaction following early discharge. Revue canadienne de santé publique, 87 (2), 90-94.

DEIMER, G. A. (1997). Expectant fathers influence of perinatal education on stress, coping and spousal relations. Research in nursing & health 1997, 20 , 281-293.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (1994). Handbook of qualitative research. Sage publications, 1994.

DESLAURIERS, J.P. (1991). Recherche qualitative : guide pratique. Montréal : McGraw-Hill.

DORMAN, M., KLEIN, D., (1986). L'enfant paraît... et le couple demeure. Traduit de l'américain par Kinnet, P., Montréal : Les Éditions de l'homme.

DSC-CHUS, (1992). Paternité. Guide d'entrevue à l'intention des professionnels en périnatalité, Sherbrooke.

DYERS, E.D. (1963). Parenthood as a crisis : a re-study. Marriage and family living, 25, 196-201.

EDWARDS, M. (1974). The crisis of the fourth trimester. Birth and the family journal, 1 (1), 19-22.



- EDWARDS, N.C., & SIMS-JONES, N. (1997). A randomized controlled trial of alternative approaches to community follow-up for postpartum women. Canadian journal of public health, 88, (2), 123-128.
- ELDER, N.C., MILLER, W.L. (1995). Reading and evaluating qualitative research studies. Journal of family practice, 41 (3), 279-85.
- ENDACOTT, R. (1997). Clarifying the concept of need : a comparaison of two approaches to concept analysis. Journal of advanced nursing , 25, 471-476.
- EVERETT, A. (1993). Piercing the veil of the future : a review of the Delphi method of research. Professional nurse, 9 (3), 181-185.
- FARBMAN, C., HOLT, V., MARTIN, D. (1997). What do women want to know after childbirth. Birth 24 (1), 27-34.
- FERGUSON, S., ENGELHARD, C. (1997). Short stay, the art of legislating quality and economy. Ass. of women's health, obstetric and neonatal nurses, 17-29.
- FERKETICH, S., MERCER, R. (1995). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. Nursing research, 44 (2), 89-95.
- FICHARDT, A.E., WYK, N.C.VAN, WYK, WEICH, M., (1994). The needs of post-partum women. Curationis, 17 (1), 15-20.
- FISHBEIN, E.G. (1984). Expectant father's stress. Due to the mother's expectations ? IOGN, 325-328.
- GAREAU, D., BOUCHARD, C. (1990). Conduite maternelle prodéveloppementale : auto-description des variations sociodémographiques. Apprentissage et socialisation, 13 (3), 171-173.
- GARVIN, B.J. KENNEDY, C.W., GISSNA, K.N. (1988). Reliability in category coding systems. Nursing research, 37, (1), 52-55.
- GIANCUZZO, M., (1997). Breast feeding education for early discharge. Journal of perinatal and neonatal nursing, 11 (2), 10-12.
- GILCHRIST, V., ENGEL, J. (1995). Qualitative research and clinical care. The journal of family practice, 41 (3), 229-30.

GRANT, C.C., DUGGAN, A.K., ANDREWS, J.S., SERWINT, J.R., (1997). The father's role during infancy. Factors that influence maternal expectations. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 151 (7), 705-11.

GRENIER, R., (1985). L'analyse des besoins en sciences infirmières. Université de Montréal. Nursing paper, 17 (2), 11-21.

GRULLON, K.E., GRIMES, D.A., (1997). The safety of early postpartum discharge: a critical review. Obstetrics & gynecology, 90 (5), 860-865.

HALL, W.A., (1994). New fatherhood : myths and realities. Public health nursing, 11 (4), 219-228.

HALL, W., CARTY, E. (1993). Managing the early discharge experience: taking control. Journal of advanced nursing, 18, 574-582.

HANVEY, L. (1990). Values in maternal and newborn care. Canadian nurse, 22-24.

HOLMES, C., WARELOW, P.J. (1997). Culture, needs and nursing: a critical theory approach. Journal of advanced nursing, 25, 463-470.

HUNG, C.H., CHUNG, H.H., CHANG, Y.Y. (1996). The effect of child-birth class on first time fathers psychological responses. Kaohsiung journal of medical sciences, 12, (4), 248-255.

JONES, J., HUNTER, D. (1995). Consensus methods for medical and health services research. British medical journal, 311, 376-380.

JONES, P.M. (1997). Patient satisfaction with home care after early post-partum hospital discharge. Home care Provider, 2 (5), 235-241.

JONES, R. (1995). Why do qualitative research ? British medical journal, 311, 1-41.

JORDAN, P.L. (1990). Laboring for relevance : expectant and new fatherhood. Nursing research, 39, 11-16.

KEEN-PAYNE, R., BOND, M.L. (1997). Voices of clients and caregivers in a maternity home. Western journal of nursing research, 19 (2), 190-204.

KEPPLER, A.B., (1995). Post-partum care center : follow-up care in a hospital-based clinic. JOGN nursing, June, 24 (5), 390.

KLAUS, M.H., KENNEL, J.H. (1976). Parent-infant bonding, St-Louis : Mosby.

LAGANIER, M. (1992). L'impatient : le réflexe santé. Infirmiers et infirmières du Québec, 92, 19-32.

LAMARRE, G. (1991). Outil de promotion de la relation parent-enfant auprès des familles vulnérables. DSC hôpital Charles-Lemoyne, Longueuil.

LAMB, ME., OPPENHEIM, D. (1989). Fatherhood and father-child relationships in : Cath six. Gurwitt. A., Eds. Fathers and their families, Hillsdale press, 11-26.

LAPERRIÈRE, A. (1994). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives : problématiques et enjeux. Gouvernement du Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.

LAUTERBACKS, B.P. (1996). Self-reflective nurse. Holist nurse practice, 10 (2), 57-68.

LE MASTERS, E.E. (1957). Parenthood as crisis. Marriage and family living, 19, 352-355.

LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, (1992). Larousse, Paris.

LEBEL, P. (1991). Évaluation de la visite postnatale systématique. Sherbrooke : Département de santé communautaire du CHUS.

LEFRANÇOIS, R. (1992). Stratégies de recherche en sciences sociales. Les presses de l'Université de Montréal.

LEGENDRE, R. (1993). Dictionnaire en éducation.

LEMMER, C. M. (1987). Early discharge : outcomes of primiparas and their infants. JOGN nursing, 230-236.

LÉONARD, N. (1994). Perceptions de la relation conjugale, du fonctionnement familial et du sentiment de compétence parentale chez des pères et des mères d'un premier enfant âgé d'un an. Thèse de Maîtrise. Université de Sherbrooke.

LEPAGE, L. (1984). Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers. Université de Montréal.

LIGHTFOOT, J. (1995). Identifying needs and setting priorities : issues of theory, policy and practice. Health & social care, 3, 105-114.

LINCOLN, Y.S., GUBA, E.G., (1985). Naturalistic inquiry. New Bury Park, CA : Sage.

- LUGINA, H., SOMMERFELD, D. (1994). Postpartum concerns : a study of Tanzanian mothers. Health care for women international, 15, 225-233.
- LUKACS, A. (1991). Issues surrounding early postpartum discharge : effects on the caregiver. The journal of perinatal and neonatal nursing, 5 (1), 33-42.
- L'ÉCUYER, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- MARTELL, L. K. (1996). Is Rubin's taking-in and taking-hold. A useful paradigm? Health care for women international, 17, 1-13.
- MAYER, R., OUELLET, F., (1993). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux : l'analyse des besoins d'une population. Gaétan Morin Éditeur : Chicoutimi.
- McCLENN REECE, S. (1993). Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. Maternal-child nursing journal, 21 (3), 336-345.
- McKENNA, H.P.(1994). The Delphi technique : a worthwhile research approach for nursing? Journal of advanced nursing, 19 (6), 1221-5.
- McVEIGH, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first time mothers. Clinical nursing research, 6 (4), 335-348.
- MERCER, R.T., & FERKETICH, S.L. (1995). Experienced and inexperienced mother's maternal competence during infancy. Research in nursing & Health, 18, (4), 333-343.
- MERCER, R.T. (1995). Becoming a mother. New York : Springer series : Focus on women.
- MERCER, R.T., FERKETICH, S. L., DEJOSEPH, J.F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. Research in nursing and health, 16, 45-46.
- MERCER, R.T., FERKETICH, S.L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. Nursing research, 43 (1), 38-43.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (1993), Politique de périnatalité. Gouvernement du Québec, Québec.
- MORGAN, D.L. (1993). Qualitative content analysis : a guide to paths not taken. Qualitative health research, 3 (1), 112-121.
- MORSE, J. (1994). Qualitative nursing research. London : Sage publications.

MUCCHIELLI, R. (1991). L'analyse de contenu des documents et des communications. 7e édition collection formation permanente en sciences humaines, E.S.F. Éditeur, Paris.

NICHOLS, M. R. (1993). Paternal perspectives of the childbirth experience. Maternal-child nursing journal, 21 (3), 99-108.

PAUL, D., LAMBERT, C., ST-CYR TRIBBLE, D., LEBEL, P. (1995). L'intervention infirmière dans une perspective d'habilitation aux compétences parentales lors de la visite postnatale. Rapport de recherche déposé à la FRESIQ. FRE-002-20

PAUL, D. (1993). Les étapes du cycle de la vie familiale. Nursing Québec, 13 (4), 33-39.

PELLEGRAM, P., SWARTZ, L. (1980). Primigravidas'perceptions of early postpartum. Pediatric nursing, 6, 25-27.

PETERSON, K. J., PETERSON, F.L. (1993). Family-centered perinatal education. Awhonn's clinical issues, 4 (1), 1-4 .

PINEAULT, R., DAVELUY, C. (1986). La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Les Éditions ARC; Montréal.

POPE, C., MAYS, N. (1995). Rigour and qualitative research. British medical journal, 311, 42-112.

PRIDHAM, K. (1997). Mothers'help seeking as care initiated in a social context. Journal of nursing scholarship, 29 (1), 65-70.

PRIDHAM, K., CHANG, A.S., HANSEN, M.F. (1987). Mother's problem-solving skill and use of help with infant-related issues : the role of importance and need for action. Research in nursing and health, 10, 263-275.

PRIDMAN, K., LYTTAN, D., CHANGE, A.S., RUTHEDGE, D. (1991). Early post-partum transition: progress in maternal identity and role attainment. Research in nursing and health, 14, 21-31.

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002. Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, Gouvernement du Québec : Québec.

PROVOST, M.A.; TREMBLAY, S., (1991). Le nouveau né et le couple : adversaires ou paternels? Santé mentale au Québec, 16 (1), 235-250.

QUENIART, A. (1985). Les diverses dimensions du vécu de la maternité. Rapport de recherche exploratoire, Conseil Québécois de la recherche sociale.

- RAWLINS, P. S., TIMOTHY, D., HORNES, M. (1990). Development of the family needs assessment tool. Western journal of nursing research, 12 (2), 201-214.
- RHODES, M. (1994). Early discharge of mothers at the United States Air Force Academy : a three-year study. Military medicine, 159 (3), 227-230.
- ROCHELEAU, L., SEGUIN, L., COURNOYER, M., CHAMBERLAND, C. (1989). Vivre avec un nourrisson. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- RODGERS, B.L., KNAFL, K. (1993). Concept development in nursing: foundations techniques and applications. Toronto W.B: Saunders company.
- ROMITO, P., ZALATEO, C. (1992). Social history of a research project: a study on early post-partum discharge. Social science medicine, 34 (3), 227-235.
- RUBIN, R. (1967). Attainment of the maternal role. Nursing research, 16, 237-346.
- RUBIN, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. New York : Springer Publishing co.
- RUCHALA, P. L., HALSTEAD, L. (1994). The post-partum experience of low-risk women's a time of adjustment and change. Maternal-child nursing journal, 22 (3), 83-89.
- RUSH, J., RUTA, V. (1992). Postpartum care : home or hospital. The canadian nurse, 29-31.
- RUSTIA, J.G., ABBOTT, D., (1993). Father involvement in infant care : two longitudinal studies. International journal of nursing studies, 30 (6), 467-476.
- RUTH, H., OLIVIER, S., GUIDEICELLI, B., RIGAL, CH., GAMENE, M., KASBARIAN, M., (1994). Alternatives à l'hospitalisation en gynécologie - obstétrique. Journal de gynécologie - obstétrique et biologie de la reproduction, 23 (5), 544-562.
- RUTHLEDGE, D.L., PRIDHAM, K.F. (1987). Postpartum mothers perceptions of competence for infant care. JOGN nursing (3), 185-194.
- SALLY, B., OLDS, MARCIA L., LONDON, PATRICIA W., LADEWIG (1992). Maternal newborn nursing : a family centered approach. Addison-wesley nursing a division of the Benjamin Cummings publishing company inc.
- SANDELOWSKI, M. (1995). Qualitative analysis : what it is and how to begin. Research in nursing and health, 18, 371-375.

SANTÉ CANADA (1995). Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Institut de la santé infantile, Ottawa.

SEGUIN, L., ST-DENIS, M., LOISELLE, L., POTVIN, L., (1993). Stresseurs, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez les primipares défavorisées et favorisées. Rapport de recherche, Université de Montréal.

SÉGUIN, L., BOUCHARD, C., ST-DENIS, M., LOISELLE, J., POTVIN, L. (1995). Évolution du réseau de soutien social lors d'une première naissance : comparaison entre des mères défavorisées et des mères de classe moyenne. Revue canadienne de santé publique. 86, (6), 392-396.

SMITH-HANRAHAN, C. (1995). Postpartum early discharge. Clinical nursing research. 4 (1), 50-67.

ST-CYR, D. (1994). Analyse des perceptions du parentage chez les adolescentes en période périnatale. Thèse de doctorat. Université de Montréal.

STANTON, C., NYBERG, N., MURPHY, B., MOSSN, MILLER, A., HIGGINS, P., HARRISON, (1996). Assessment of the health promotion needs of post birth mothers and fathers : a cross cultural, multisite study. COGNN conference. Alberta.

STARN, J. (1993). Strengthening family systems. A whon's clinical issue, 4, (1), 35-43.

STEESMA, J. (1993). A plan for implementing mother-baby nursing. Birth, 20 (3), 148-154.

STOCKDALE, M. (1989). Human needs : towards theory, conceptual clarification and application to nursing. Unpublished masters project, University of Kansas, Kansas city.

SUMMER, G., AND J. FRITSCH. (1977). Postnatal parental concerns : the first six weeks of life. JOGN 6, 27-32.

TAUBENHEIM, A. M., SILBERNAGEL, T. (1988). Meeting the needs of expectant fathers. MCN, 13, 110-113.

TIEDJE, L.B., DARLING-FISHER, C., (1996). Fatherhood reconsidered : a critical review. Research in nursing & health, 19 (6), 471-484.

TILLER, CM., (1995). Fathers' parenting attitudes during a childs first year. JOGN, 24 (6), 508-514.

TULMAN, L. FAWCETT, J. (1990). Functional status during pregnancy and the post-partum : a framework for research. Journal of nursing scholarship, 22 (3), 191-194.

TWADDLE S., XIAO HUI, HEATHER, F. (1993). An evaluation of postnatal care individualised to the needs of the woman. Midwifery, 9, 154-160.

VAN DER MAREN, J.M. (1987). Méthodes qualitatives de recherche en éducation. Journées «analyse qualitative», conférences données au CIRADE, Université du Québec à Montréal.

VAN DER MAREN, J.M. (1991). Méthodes de recherche en éducation. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

VEHVILAINEN-JULKUMEN, KATRI (1995). Family training : supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. Journal of advanced nursing 1995, 22, 731-737.

VIINAMAKI, S., RASTAS, L., TUKEVA, S., KUHA, L., NISHANEN, SAARIKOSKI, S. (1994). Post-partum mental health. Journal psychosomatic-obstetric- gynecology, 15, 141-146.

WALKER, L.O. (1992). Parent-infant nursing science : paradigms, phenomena, methods. Philadelphie : F.A. Davis.

WATSON, W., WATSON, L., WETZEL, W., BADER, E., TALBOT, Y. (1996). Transition to parenthood. Canadian family physician, 41, 807-811.

WELT, S., COLE, J., MYERS, M., SHOLES, D., JELOVEK, F. (1993). Feasibility of post-partum rapid hospital discharge : a study from a community hospital population. American journal of perinatology, 10 (5), 384-387.

WILLIAMS, L.R., & COOPER, M.K., (1996). A new paradigm for post-partum care. Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing, 25 (9), 745-749.

WILLIAMS, P.L., WEBB, C. (1994). The Delphi technique : a methodological discussion. Journal of advanced nursing, 19 (1), 180-186.

WOTTON, D.H., (1992). An exploration and description of the post-partum telephone interview. University of Manitoba thesis.



**ANNEXE I**

## ANNEXE I

### LETTRÉ EXPLICATIVE DU PROJET :

Sherbrooke le 14 février 1997

**OBJET :**           Recrutement de participant(e)s à une étude sur les perceptions qu'ont les parents de leurs besoins dans le contexte d'un court séjour hospitalier après la naissance d'un premier bébé.

Madame  
Monsieur,

Depuis plusieurs années, je travaille comme infirmière auprès de futurs et nouveaux parents. Pour mieux comprendre ce qu'ils vivent, j'ai entrepris une recherche dans le cadre de la Maîtrise en Sciences Cliniques de l'Université de Sherbrooke. Le but de l'étude est d'identifier les besoins qu'ont les pères et les mères d'un premier bébé dans le cadre d'un court séjour hospitalier.

Je vous sollicite aujourd'hui en tant que couple et futurs parents pour faire partie de cette recherche. Être parents peut nécessiter maints ajustements. Le virage ambulatoire change le contexte des soins en périnatalité et nous porte à croire que les besoins des parents en seront modifiés. Toutefois, les parents peuvent nous aider à vérifier cette hypothèse. Dans cette perspective, votre expérience en tant que nouveaux parents peut nous permettre d'identifier les besoins réels pour ensuite intervenir de façon plus adéquate.

Si vous êtes âgés de 20 ans et plus, attendez votre premier bébé et êtes intéressés à collaborer à l'étude, vous participerez pendant votre séjour à l'hôpital, dans les 48 heures suivant la naissance de votre bébé, à une entrevue individuelle (mère et père) enregistrée sur magnéphone. Des questions vous seront posées sur les besoins que vous pouvez ressentir comme nouveaux parents, par exemple:

*«Quelles sont vos inquiétudes comme parents juste avant de quitter l'hôpital avec votre bébé ? »*

Lors de cette entrevue, un journal de bord vous sera remis à chacun. Une fois rendu à domicile, vous pourrez y inscrire tous les besoins ressentis dans les cinq jours suivant votre retour à la maison avec votre bébé. Par la suite, je vous visiterai chez vous, pour recueillir les journaux de bord et répondre à vos questions.

Soyez assurés que toutes les informations amassées (bandes audio, journaux de bord) seront traitées sous le couvert de l'anonymat et de façon confidentielle. Seule l'équipe de recherche y aura accès.

Pour faire partie de cette recherche, vous devez dans un premier temps, signer un formulaire attestant que vous acceptez que la personne qui vous a contacté à votre clinique médicale, me transmette votre numéro de téléphone. Ensuite, je vous téléphonerai pour vérifier si vous rencontrez les conditions de la recherche et si vous êtes toujours intéressés à participer à l'étude, nous prendrons rendez-vous pour la signature du consentement en tant que participant(e) à l'étude proposée.

Une meilleure connaissance de vos besoins permettra aux infirmières et infirmiers travaillant auprès des familles, de mieux comprendre votre vécu et par conséquent, de faire des recommandations pour améliorer les interventions, s'il y a lieu. Votre collaboration est, en ce sens, très précieuse.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette demande.

<b><i>CONSENTEMENT À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS</i></b>
--

J'ai pris connaissance des informations concernant l'étude «des perceptions qu'ont les parents de leurs besoins dans un contexte de court séjour hospitalier après la naissance d'un premier bébé» et j'accepte de transmettre mon numéro de téléphone à :

Marie Fortier,  
Infirmière et candidate à la Maîtrise en Sciences Cliniques ;

Signature du parent :

\_\_\_\_\_

☐ père                      ☐ mère

Numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

Date :

\_\_\_\_\_

**ANNEXE II**

## **ANNEXE II**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

#### **BESOINS DES NOUVEAUX PARENTS DANS UN CONTEXTE DE COURT SÉJOUR HOSPITALIER**

Par la présente, je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom du sujet) accepte de participer au projet de recherche ci-haut mentionné.

Je reconnais avoir été informé(e) de façon claire et satisfaisante sur la nature de ma participation au projet.

J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Je m'attends à ce que l'anonymat à mon égard soit respecté. Il est entendu que si, pour quelque raison que ce soit, je décide de mettre fin à l'enregistrement et à me retirer de l'étude, j'ai le loisir de le faire sans que cela me cause un préjudice.

\_\_\_\_\_  
**Signature de la mère**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Marie Fortier, inf. B. Sc.  
Maîtrise en Sciences Cliniques (candidate)  
Faculté de Médecine  
Université de Sherbrooke**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**BESOINS DES NOUVEAUX PARENTS DANS UN CONTEXTE DE COURT SÉJOUR HOSPITALIER**

Par la présente, je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom du sujet) accepte de participer au projet de recherche ci-haut mentionné.

Je reconnais avoir été informé(e) de façon claire et satisfaisante sur la nature de ma participation au projet.

J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Je m'attends à ce que l'anonymat à mon égard soit respecté. Il est entendu que si, pour quelque raison que ce soit, je décide de mettre fin à l'enregistrement et à me retirer de l'étude, j'ai le loisir de le faire sans que cela me cause un préjudice.

\_\_\_\_\_  
Signature du père

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Marie Fortier, inf. B. Sc.  
Maîtrise en Sciences Cliniques (candidate)  
Faculté de Médecine  
Université de Sherbrooke

\_\_\_\_\_  
Date

**ANNEXE III**

# ANNEXE III

FICHE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

CODE: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS PAR TÉLÉPHONE LORS DU RECRUTEMENT

Nom : \_\_\_\_\_

Date prévue de l'accouchement: \_\_\_\_\_

Âge gestationnel : \_\_\_\_\_

Premier bébé :                      oui ☐ non ☐

---

### SCOLARITÉ DES PARENTS (DERNIER NIVEAU COMPLÉTÉ)

Primaire :                      Mère ☐      Père ☐

Secondaire:                      Mère ☐      Père ☐

Collégial :                      Mère ☐      Père ☐

Universitaire :                      Mère ☐      Père ☐

Cours prénataux :      oui ☐ non ☐

Suivi prénatal :      oui ☐ non ☐

Spécifiez le moment : \_\_\_\_\_

Occupation :                      Mère : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

### REVENU FAMILIAL DURANT LA DERNIÈRE ANNÉE

0 \$	-	9,999 \$	<input type="checkbox"/>
10,000 \$	-	19,999 \$	<input type="checkbox"/>
20,000 \$	-	29,999 \$	<input type="checkbox"/>
30,000 \$	-	39,999 \$	<input type="checkbox"/>
40,000 \$	-	et plus	<input type="checkbox"/>

### SOURCE DU REVENU

Aide sociale :                      oui ☐ non ☐

Assurance chômage : mère ☐ père ☐

Travail rémunéré : mère ☐ père ☐

Autres :                      mère ☐ père ☐

Spécifiez : \_\_\_\_\_



**RENSEIGNEMENTS LORS DE LA VÉRIFICATION  
DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ POST-ACCOUCHEMENT**

Date de l'accouchement : \_\_\_\_\_

Âge de grossesse lors de l'accouchement : \_\_\_\_\_

**DOCUMENTER LE TRAVAIL :**

Durée du travail : \_\_\_\_\_ Travail spontané : ☐ Travail provoqué : ☐

**DONNÉES RELATIVES À L'ACCOUCHEMENT :**

Accouchement naturel :	<input type="checkbox"/>	Épisiotomie :	<input type="checkbox"/>
Accouchement avec épidurale :	<input type="checkbox"/>	Forceps :	<input type="checkbox"/>
Accouchement avec bloc honteux :	<input type="checkbox"/>	Ventouse :	<input type="checkbox"/>
Accouchement par césarienne :	<input type="checkbox"/>		

Complications pour la mère :

---



---

Complications pour le bébé :

---



---

Allaitement maternel : ☐

Allaitement artificiel : ☐

**RENCONTRE POUR L'ENTREVUE : (si éligible)**

Père :     date : \_\_\_\_\_  
              heure : \_\_\_\_\_

Endroit : \_\_\_\_\_  
              \_\_\_\_\_

Mère :     date : \_\_\_\_\_  
              heure : \_\_\_\_\_

Endroit : \_\_\_\_\_  
              \_\_\_\_\_

**ANNEXE IV**

## **ANNEXE IV**

### ***THÈMES ABORDÉS DANS LE GUIDE D'ENTREVUE***

- L'expérience d'être parents
- L'aide
- Les conseils
- Les préoccupations
- Les besoins physiques, psychologiques et de soutien
- Les situations imprévues
- Le retour à la maison

**ANNEXE V**

**ANNEXE V**

**EXTRAIT DU JOURNAL DE BORD**

**JOUR 1** *DE VOTRE RETOUR À DOMICILE*

1° Aujourd'hui, j'ai eu des :

Questions :

---

---

---

Difficultés :

---

---

---

Inquiétudes :

---

---

---

Besoins :

---

---

---

2° Quelle a été l'aide la plus utile que vous avez reçue aujourd'hui et de qui l'avez-vous reçue ?

---

---

---

3° Quelle aide auriez-vous aimé avoir et que vous n'avez pas eu pendant la journée ?

---

---

---

Écrire au verso, si besoin

**ANNEXE VI**

**APPROBATION**

Comité de déontologie de la recherche sur l'humain de la faculté de médecine et du Centre universitaire de santé de l'Estrie.

Ce comité est formé par:

BIGONNESSE, Jean-Marc, M.D., pr. adjoint, Département de médecine de famille, vice-président  
 BUREAU, Alain, pharmacien, CUSE, vice-président  
 CHARLAND, Louis, directeur de la D.P.J., représentant du public  
 de BRUM-FERNANDES, Artur, M.D., Ph.D., pr. adjoint, service de rhumatologie  
 D'ORLÉANS-JUSTE, Pedro, Ph.D., pr. adjoint, département de pharmacologie  
 FORTIN, Marielle, infirmière, CUSE- Site Fleurimont  
 FREDETTE, Raymond, Ph.D., pr. de philosophie à la retraite, représentant du public  
 GERMAIN, Marcel, M.D. directeur du service de gériatrie  
 GOSSELIN-ADAM, Francine, t.m., représentante du C.A. du CUSE  
 LAMBERT, Cécile, Ph.D., pr. agrégée, Département des sciences infirmières, présidente  
 LAMONTAGNE, Albert, M.D., service de neurologie  
 LANGIS, Hélène, M.D., département de pédiatrie  
 LEMIRE, Francyn, secrétaire médicale, Centre de recherche clinique, secrétaire  
 MARTIN, René, M.D., pr. agrégé, département d'anesthésie-réanimation  
 ROBERGE, Denise, infirmière de recherche  
 ROUSSEAU, Éric, Ph.D., département de physiologie-biophysique  
 TROUSDELL, Marie, directrice adjointe, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,  
 VÉZINA, Yves, M.D., service de pneumologie

Approbation demandée par: Mm Denise St-Cyr-Tribble  
 Dre Denise Paul

pour

- ☐ Protocole complet:  
☐ Formulaire de consentement:  
☐ Amendement #  
☒ Autre: Renouvellement d'approbation jusqu'au 6 mai 1999.

Titre du protocole CRC # 96-10-R2

Besoins des familles après l'accouchement: perceptions des parents et des infirmières.

Signé par:

Cécile Lambert, Ph.D.  
 ...Présidente du Comité

6/05/98

Date

La présente approbation est valide pour une période de 12 mois.

A la fin de cette période, l'approbation deviendra caduque à moins que le chercheur principal ne fasse un rapport de suivi, et éventuellement une demande de renouvellement, sur le formulaire qu'il recevra. Pour toute modification au protocole, le chercheur doit faire une demande d'approbation sur le formulaire CRC/RC3 (disponible au CRC).

Il est rappelé à l'investigateur principal:

- qu'il doit rapporter au Comité tout problème majeur intervenant dans la réalisation du protocole;
- qu'il doit rapporter aux sujets participant aux recherches tout résultat ou information susceptibles de modifier leur consentement;
- qu'il doit remettre au sujet une copie du formulaire de consentement identique à l'original signé par celui-ci;
- que tous les patients ou sujets sains participant à un projet de recherche doivent avoir un dossier au CUSE.

**ANNEXE VII**



## **ANNEXE VII**

### ***BESOINS PERÇUS COMME LES PLUS IMPORTANTS À L'HÔPITAL EN FONCTION DU NOMBRE DE PERSONNES***

#### **Besoins physiques :**

##### **Mères**

- Besoin de dormir (3)
- Besoin de répit (1)

##### **Pères**

- Besoin de dormir (4)

#### **Besoins psychologiques :**

##### **Mères**

- Besoin d'avoir de l'intimité (3)
- Besoin d'être encouragée (1)
- Besoin d'être comprise (1)
- Besoin d'exprimer ses préoccupations (1)
- Besoin de raconter son expérience (1)

##### **Pères**

- Besoin de réorganiser sa routine (1)
- Besoin d'exprimer ses préoccupations (1)
- Besoin d'avoir de l'intimité (1)

#### **Besoins de soutien :**

##### **Mères**

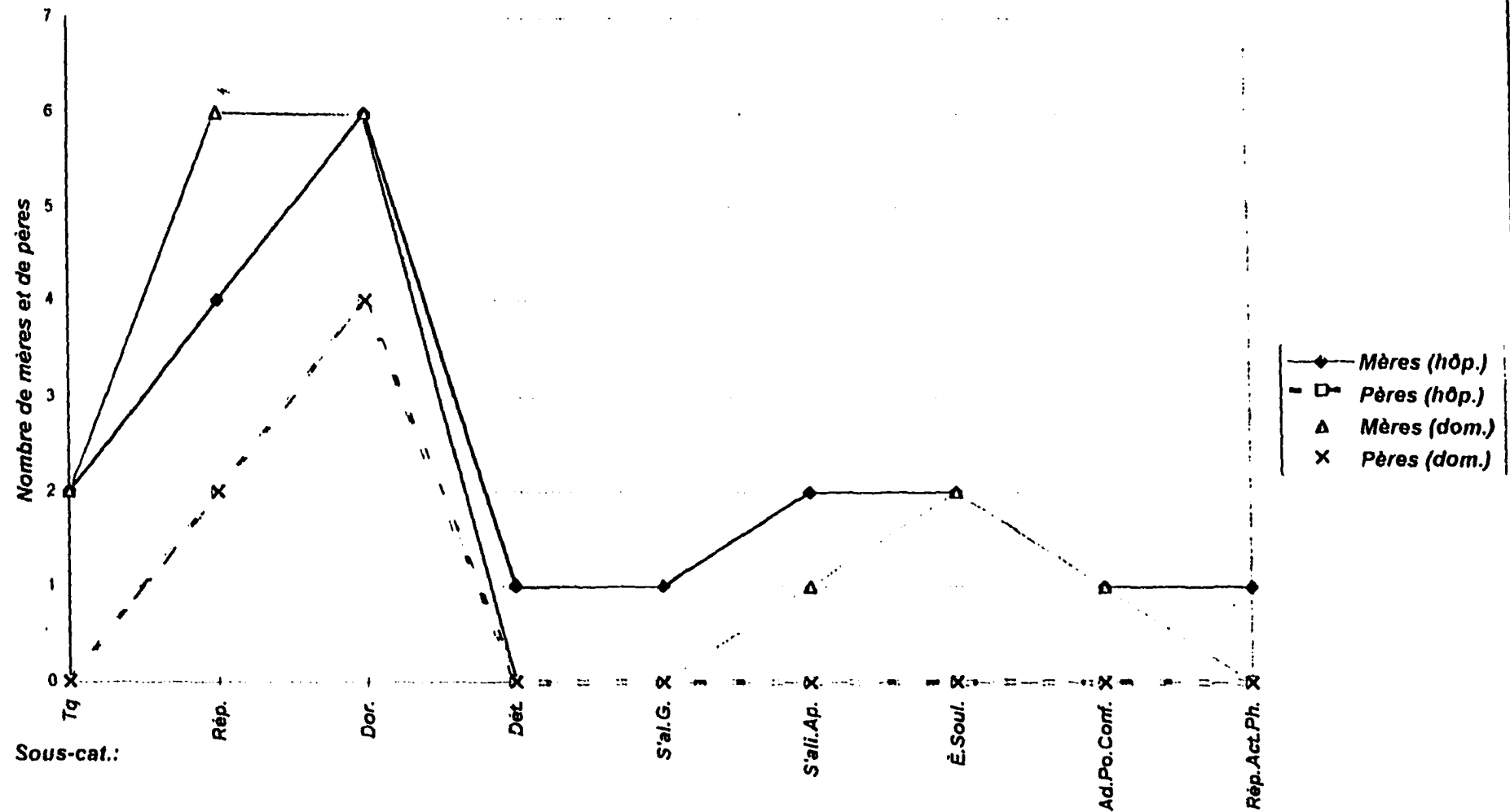
- Besoin de percevoir de la disponibilité du réseau informel (3)
- Besoin de contact avec ses amies (1)

##### **Pères**

- Besoin de percevoir de la disponibilité du réseau informel (3)
- Besoin d'être en contact avec le réseau informel (2)

**ANNEXE VIII**

**GRAPHIQUE 6** Nombre d mères et de pères qui expriment des besoins **PHYSIQUES** à l'hôpital puis à domicile



Sous-cat.:

**BESOINS**

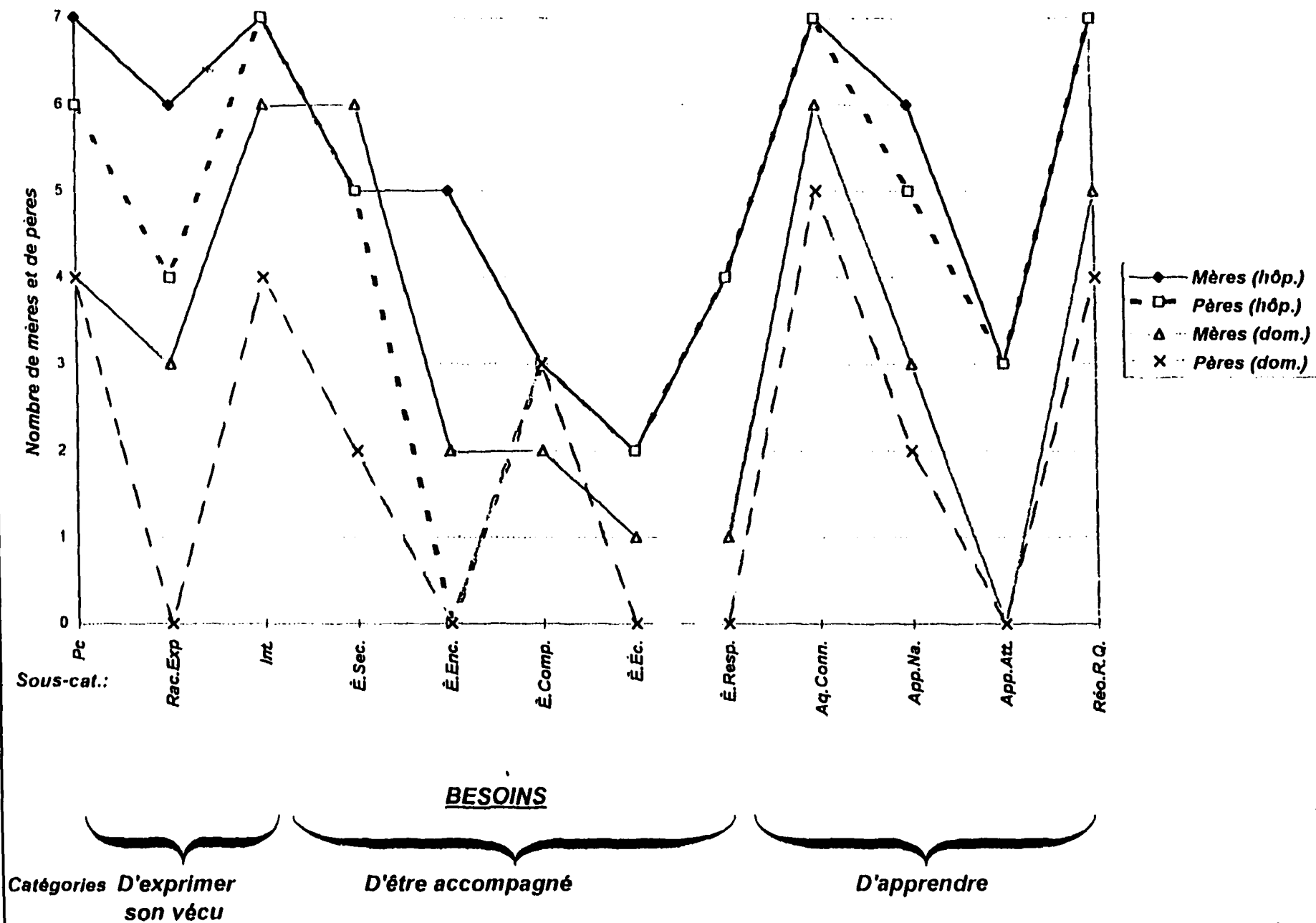
Catégories :

De se reposer

De se nourrir

De se mouvoir et se maintenir dans une position confortable

**GRAPHIQUE 7** Nombre de mères et de pères qui expriment des besoins PSYCHOLOGIQUES à l'hôpital puis à domicile



**GRAPHIQUE 8** Nombre de mères et de pères qui expriment des besoins de SOUTIEN à l'hôpital puis à domicile

